Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

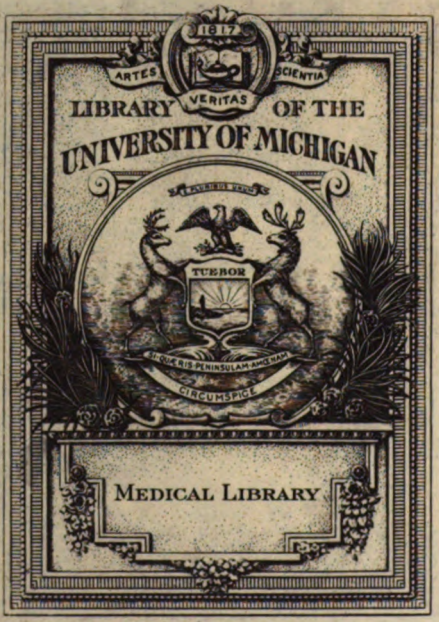
+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

A 3 9015 00382 760 0
University of Michigan – BUHR

Digitized by Google



Digitized by Google

610.5
A44
Z5

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITWIRKUNG VON

BERZE-Wien, BLEULER-Zürich, BONHOEFFER-Berlin, FISCHER-Berlin-Dahlem, KLEIST-Frankfurt a. M.

DURCH

CARL SCHNEIDER
HEIDELBERG

HUNDERTUNDFÜNFTER BAND

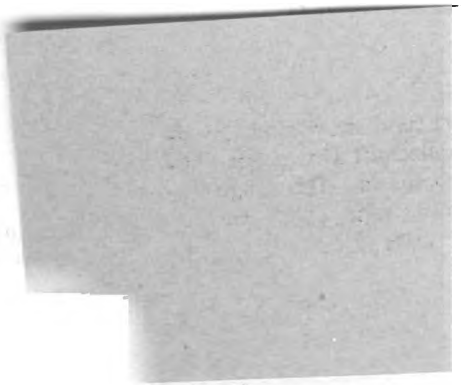
BERLIN UND LEIPZIG
WALTER DE GRUYTER & CO.
VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG - J. GUTTENTAG, VERLAGS-BUCHHANDLUNG - GEORG REIMER - KARL J. TRÜBNER - VEIT & COMP.
1937

Digitized by Google

Es wurden ausgegeben:

Heft 1/3 (S. 1—112) am 25. IX. 1936
Heft 4/6 (S. 113—238) am 8. II. 1937
Heft 7/8 (S. 239—341) am 7. VII. 1937

Alle Rechte vorbehalten



Digitized by Google

ädti

darunte
zum
gen

m.

1

761
156
4

436

640
1238
377
232

1176
152
311
41
32

484

146

184
69
—

6439

Krankheitsformen

1

	Übe	35
10. Alkoholismus:		51
a) Rauschzustände		
b) Chronischer Alkoholismus (Eifersuchtswahn usw		64
c) Delirium tremens und Halluzinose		
d) Korssakowsche Psychose (Polioencephalitis h rhagica)		79 88 93
11. Suchten (Morphinismus, Kokainismus usw.)		113
12. Psychische Störungen bei anderen Vergiftu Schlafmittel, Blei, Quecksilber, Arsen, Schwefel stoff, Kohlenoxyd usw		121 130 147
13. a) Epilepsie ohne nachweisbare Ursache..		239
b) symptomatische Epilepsie (soweit nicht i anderen Gruppe aufzuführen)		245 259
14. Schizophrener Formenkreis		
15. Manisch-depressiver Formenkreis:		269
a) manische und depressive Phasen		
b) hyperthyme, dysthyme und zyklothyme Konst		276
16. Psychopathische Persönlichkeiten		281
17. Abnorme Reaktionen:		299
a) paranoische Reaktionen und paranoische E lungen (Querulantenwahn u. ä.)		304
b) depressive Reaktionen, welche nicht unter 15a		339
c) Haftreaktionen		
d) Rentenneurose		
e) andere psychogene Reaktionen		
f) induziertes Irresein		
18. Psychopathische Kinder und Jugendliche (Vollendung des 18. Lebensjahres)		95
19. Ungeklärte Fälle		109
20. Nervenkrankheiten ohne psychische Stör		153
21. Nicht nervenkrank und frei von psychische weichungen		
	Gesamtzahl der Kra	341

Digitized by Google

Abgang								
:h Abzug der Verungen in andere Anstalten			darunter Todesfälle			Bestand am 31. 12. 1935		
.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
906	4756	11762	971	869	1840	671	573	1244
07	80	787	7	4	11	27	8	35
57	69	726	14	2	16	83	8	91
56	9	165	23	3	26	13	—	13
27	10	37	8	2	10	4	2	6
85	91	276	8	2	10	18	12	30
82	51	133	7	9	16	4	4	8
19	973	2392	32	39	71	124	84	208
39	214	753	8	5	13	27	23	50
23	2654	4577	81	163	244	525	768	1293
24	1078	1502	17	49	66	98	250	348
43	182	325	1	7	8	21	14	35
20	2129	5149	12	10	22	139	107	246
03	206	509	5	4	9	27	21	48
05	836	1441	8	20	28	39	51	90
77	38	115	1	—	1	2	2	4
73	179	952	—	—	—	7	5	12
79	756	1435	1	3	4	14	35	49
4	25	29	—	—	—	1	4	5
52	171	423	—	—	—	30	21	51
72	393	965	29	29	58	31	17	48
89	2037	6026	134	104	238	165	115	280
67	450	1217	21	15	36	10	15	25
09	17387	41696	1388	1339	2727	2080	2139	4219

Digitized by Google

Inhalt

Originalien

Krankheit und Schaffen bei Friedrich v. Schiller. Von *Fritz Schmitt* . . . 1
Beitrag zu den klinischen und erbbiologischen Beziehungen bei der Huntingtonschen Chorea an Hand eines bisher noch nicht erfaßten Falles. Mit 1 Stammtafel. Von *Anna Momcke Bruhn* 35
Statistisches über Beziehungen zwischen chronischer Geistesstörung und Todesursache. Von Dr. med. *E. Brack* 51
Erwartungen, Ergebnisse und Ausblicke in der pathologischen Anatomie der Geisteskranken Von *W. Scholz* 64
Über den Fall R., einen paranoiden schizophrenen Totschläger. Von Dr. *Krekeler* 79
Manisch-depressiv oder schizophren? Von *P. Schröder* 88
Irrenstatistik des Deutschen Vereins für Psychiatrie 93
Klageerhebung im Residualwahn. Von Dr. *Hans Büssow*. 113
Rasse und Körperbau bei 100 Schizophrenen aus Baden. Von *Olaf Frhr. v. Schwerin* 121
Pseudodemenz und ursprüngliche Persönlichkeit. Von *Leonhard Backmann* 130
Zur forensischen Bedeutung der perniziösen Anämie. Von *A. Langelüddeke* 147
Max Laehr † 239
Über verkannte Paralysen. Von *Julian Dretler*. Mit 8 Figuren auf 1 Tafel 245
Über die Zurechnungsfähigkeit eines fünfzehnjährigen Mörders. Von *Rudolf Lemke* 259
Die Behandlung der ausgeschlossenen und verminderten Zurechnungsfähigkeit in neueren auswärtigen Strafrechtsreformen. Von Dr. *Steinwallner* 269
Das Fortlaufen als seltene Erscheinung der Migränepsychose. Über zwei klinische Fälle. Von Prof. Dr. med. *Carlo Ferrio* 276
Schwierigkeiten und Gefahren der Insulinschockbehandlung der Schizophrenie. Von cand. med. *Marianne Feldhofen* 281
Zur Frage der exogenen Verursachung von Psychosen. Von Oberarzt Dr. *Hermann Stefan* 299
Eheanfechtung (§ 1333 BGB.) und Schizophrenie. Von *Ernst Schultze* 304
Irrenstatistik der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater (Psychiatrische Abteilung) für das Jahr 1935. Von Dr. *Nitsche* . . . 339

Verhandlungen psychiatrischer Vereine

Bericht über die gemeinsame Tagung des Vereins Norddeutscher Psychiater und Neurologen und der Gesellschaft der Neurologen und Psychiater Groß-Hamburgs in den Alsterdorfer Anstalten am 25. u. 26. Januar 1936 95
Jahresversammlung des Norddeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie am 12. Oktober 1935 109
2. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater in Frankfurt (23. 8.—25. 8. 1936) 153

Kleinere Mitteilungen

Personalnachrichten 112, 237, 341

Digitized by Google

Autoren-Register

Backmann, L. 130
Brack, E. 51
Bruhn, A. M. 35
Büssow, H. 113
Dretler, J. 245
Feldhofen, M. 281
Ferrio, C. 276
Krekeler 79
Langelüddeke 147
Lemke, R. 259
Nitsche 000
Schmitt, F. 1
Scholz, W. 64
Schröder, P. 88
Schultze, E. 304
v. Schwerin, O. 121
Stefan, H. 299
Steinwallner 269

Digitized by Google

105.
MEDICAL LIBRARY

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITWIRKUNG VON

BERZE-Wien, BLEULER-Zürich, BONHOEFFER-Berlin, FISCHER-Berlin-Dahlem, KLEIST-Frankfurt a. M.

DURCH

CARL SCHNEIDER
HEIDELBERG

OFFIZIELLES ORGAN DER
PSYCHIATRISCHEN ABTEILUNG DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE UND NEUROLOGIE

MIT BEILAGE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHISCHE HYGIENE

HUNDERTUNDFÜNFTER BAND
ERSTES BIS DRITTES HEFT
AUSGEGEBEN AM 25. SEPTEMBER 1936

BERLIN UND LEIPZIG 1936
WALTER DE GRUYTER & CO.
VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG — J. GUTTENTAG, VERLAGS-BUCHHANDLUNG — GEORG REIMER — KARL J. TRÜBNER — VEIT & COMP.

Digitized by Google

Inhalt.

Die Annahme der Beiträge erfolgt zum ausschließlichen Abdruck im Sinne des § 42 Absatz 2 des Gesetzes betr. das Verlagsrecht.

1./3. Heft.

Originalien.

Krankheit und Schaffen bei Friedrich v. Schiller. Von *Fritz Schmitt* . . . 1

Beitrag zu den klinischen und erbbiologischen Beziehungen bei der Huntingtonschen Chorea an Hand eines bisher noch nicht erfaßten Falles. Mit 1 Stammtafel. Von *Anna Momcke Bruhn* 35

Statistisches über Beziehungen zwischen chronischer Geistesstörung und Todesursache. Von Dr. med. *E. Brack* 51

Erwartungen, Ergebnisse und Ausblicke in der pathologischen Anatomie der Geisteskranken. Von *W. Scholz* 64

Über den Fall R., einen paranoiden schizophrenen Totschläger. Von Dr. *Krekeler* 79

Manisch-depressiv oder schizophren? Von *P. Schröder* 88

Irrenstatistik des Deutschen Vereins für Psychiatrie 93

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Bericht über die gemeinsame Tagung des Vereins Norddeutscher Psychiater und Neurologen und der Gesellschaft der Neurologen und Psychiater Groß-Hamburgs in den Alsterdorfer Anstalten, am 25. u. 26. Januar 1936 95

Jahresversammlung des Norddeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie am 12. Oktober 1935 109

Kleinere Mitteilungen.

Personalnachrichten 112

Die „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie" mit der Beilage „Zeitschrift für psychische Hygiene" kann durch alle Buchhandlungen oder direkt vom Verlag bezogen werden. Preis für den Band im Umfang von etwa 36 Bogen Rm. 30.—. Jährlich erscheinen 3 Bände, deren Hefte in zwangloser Folge zur Ausgabe gelangen. Die Beilage „Zeitschrift für psychische Hygiene" erscheint 6 mal im Jahre. Der Literaturbericht wird jährlich mit besonderer Berechnung ausgegeben. Den Mitgliedern der psychiatrischen Abteilung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie, deren Bestellungen die Gesellschaft entgegennimmt, wird jeder Band der Zeitschrift mit der Beilage für Rm. 25.— geliefert.

Manuskripte sind an den Herausgeber Professor Dr. med. Carl Schneider in Heidelberg, Psychiatrische und Nervenklinik der Universität, Voßstraße; Bücher, Jahresberichte, Sonderabzüge usw. aus der Fachliteratur, deren Besprechung in dem einmal im Jahre erscheinenden Literaturbericht gewünscht wird, an Oberreg.-Med.-Rat Dr. Helmut Müller in Leipzig O 39, Anstalt Dösen, einzusenden.

Digitized by Google

(Aus dem Institut für Gerichtsmedizin der Universität Heidelberg.)
[Professor Dr. *Schwarzacher*.]

Krankheit und Schaffen bei Friedrich v. Schiller.[1])

Von

Fritz Schmitt, Mannheim.

Das Feuer jener unheimlich-heimtückischen Krankheit, die Jahr um Jahr ein Halb Hunderttausend deutscher Menschen hinrafft, flackerte in des großen Dichters Brust, loderte wieder und wieder mächtig auf, quälte und verfolgte und verzehrte ihn zuletzt, der mit schier übermenschlichem Wollen ein ander Feuer entgegensetzte, nämlich die reinen Flammen seiner Ideale, das Wissen um seine Sendung, sein Werk und Schaffen. Das gewaltige Ringen zwischen Krankheit und Schaffen ist der Gegenstand, den zu erörtern es den Mediziner lockt, und zwar den Arzt der Jetztzeit, der im Gegensatz zu den Ärzten, die Schiller behandelten, ohne überhaupt über Wesen und Ursache der Krankheit im Klaren zu sein — Jahrzehnte erst nach Schillers Tod wurde der Tuberkelbazillus entdeckt —, weiß um größere Zusammenhänge in den Formenkreisen der Tuberkulose.

Es soll zuerst der rein klinische Verlauf der Krankheitserscheinungen aufgezeichnet werden; er ergibt sich aus Briefen und zeitgenössischen Aufzeichnungen. Dem folgt die Darstellung des Sektionsberichtes. Dann wird der Versuch unternommen, die Art der Erkrankung im einzelnen nach modernen pathologisch-anatomischen Gesichtspunkten zu verstehen. Im zweiten Teil werden die Perioden des stark schöpferischen Schaffens verglichen mit dem jeweils bestehenden Zustand im Krankheitsgeschehen. Ein weiteres Kapitel ist dem Wechselspiel zwischen Krankheit und Schaffen gewidmet, wo Einflüsse vom Schaffen auf die Erkrankung und umgekehrt untersucht werden. Zum Schluß werden einige Probleme aufgeworfen, deren breite Erörterung diesen Rahmen überschreitet, die sich aber aus dem Dargelegten ergeben werden.

Die Familie.

Mit 70 Jahren starb die Mutter, mit 72 Jahren der Vater, dessen Vater mit 50 Jahren, des Dichters Urgroßvater wurde nur 37 Jahre alt, der Ururgroß-

[1]) Dissertation, Veröffentlichung in der Zeitschrift genehmigt von der medizinischen Fakultät Heidelberg.

Digitized by Google

vater 72 Jahre. In der Ahnenreihe läßt sich keine vererbte Erkrankung nachweisen. Kerngesund und leistungsfähig war Schillers Vater, der erst mit 70 Jahren über rheumatische Gliederschmerzen zu klagen hatte; immerhin beachtlich ist dagegen die Konstitution der Mutter: eine mittelgroße, schlanke Erscheinung mit langem Hals und rotblondem Haar (!!), die Augen krankhaft entzündet, »rot umgrenzt«, im Gesicht Sommersprossen (!!). Aus einem Brief des Vaters an den Dichter vom 6. März 1790 geht hervor, daß die Mutter in ihrem sechzigsten Lebensjahr eine lebensgefährliche Magenblutung durchmachte (wohl blutendes Ulcus ventriculi); das Leiden besserte sich, einige Jahre später traten Verstopfungen auf, der Tod erfolgte im hohen Alter, wohl an einem Unterleibsleiden. Von des Dichters Schwester Nanette ist bekannt, daß sie 1796 an einem »nervösen Schleimfieber« erkrankte, das damals epidemisch aufgetreten sei; es mag Typhus abdominalis gewesen sein; jedenfalls besteht kein Zusammenhang mit der Krankheit Friedrich Schillers.

Sicher bestand Disposition zur Erkrankung an Tuberkulose, wahrscheinlich doch von der Mutter her (vgl. deren Konstitution); diese Disposition hat Schiller weitervererbt an seinen Lieblingssohn Ernst, der schon mit dreizehn Jahren »wunderbare Ähnlichkeit mit seinem geliebten Vater« hatte, und dessen »Gesichtszüge und Wesen« ganz dem Vater glichen. Es ist auch ganz auffallend, und, erbbiologisch betrachtet, sehr beachtlich, wie ähnlich die Krankheit bei Vater und Sohn verlief, daß beide im gleichen Alter starben und beide im Monat Mai; auch die Befunde bei der Sektion weisen Ähnlichkeiten auf. Wie der Dichter Schiller in seiner Jugend schon viel kränklich war, so der Sohn, der z. B. wegen seiner unbeständigen Gesundheit den Kriegsstrapazen 1813 fernbleiben mußte.

Sektionsbericht beim Sohn Ernst. (2)

1. Höchster Grad der Abmagerung.

9. Als die Brusthöhle eröffnet war, fanden wir dieselbe mit Wasser angefüllt.

10. Die Lungen waren an beiden Seiten und in ihrer hinteren Fläche so fest mit den Brustfellsäcken verwachsen, daß sie nur mit Anstrengung getrennt werden konnten.

11. Die Brustfellsäcke waren krankhaft verdickt.

12. Die rechte Lunge bestand aus einem fast ununterbrochenen Gewebe von Eiterknoten, so daß sie zum Atmen nicht mehr dienen konnte.

13. Die linke Lunge hatte weniger Knoten, aber zwei weite, mit Eiter gefüllte Höhlen.

16. Die Brusthöhle enthielt ungefähr 24 Unzen Wassers.

Konstitution.

»Schiller war von langer, gerader Statur, langgespalten, langarmig, seine Brust heraus und gewölbt, sein Hals sehr lang.«

Die Größe: Nach dem 7. Marbacher Rechenschaftsbericht 1902/03, S. 93 stand er 1799 als zweiter Mann im ersten Glied der Eleven mit 6 Fuß, 2 Zoll, 2 Strich d. i. 1,78 m.

Digitized by Google

In Weimar soll er als der größte Mann der Stadt gegolten haben.

Hautfarbe: blendend weiß, während ein zartes Rot die Wangen bedeckte; er errötete leicht (Vasolabilität). In der Jugend bestanden Sommersprossen (!) *Kretschmer* (4) zählt ihn unter die »gesunden Schizothymiker«:

»Schillers auffallend hochaufgeschossene, hagere Erscheinung mit den überlangen Extremitäten, der zarten Haut, dem steil ovalen Gesicht, mit dem überhohen Mittelgesicht und Kinn und der scharfen großen Hakennase ist bekannt.«

Kindheit und Schulzeit.

»Die körperliche Entwicklung des Kleinen war eine langsame, von Kinderkrankheiten und Krampfanfällen öfter gestört« (*Weltreich* I, S. 63). Einzelheiten über Art und Verlauf dieser häufigen Kinderkrankheiten sind unbekannt.

(2) Bei der Aufnahme in die Pflanzschule Solitude im Januar 1773 lautete das ärztliche Urteil des Dr. *Stoer:*

»Joh. Christ. Friedrich Schiller, aus Marbach gebürtig, alt 13 Jahre. hat sich bei vorgenommener Untersuchung seiner Leibesbeschaffenheit mit einem aufgebrochenen Kopf und etwas verfrörten Füßen, sonst aber gesund befunden.« Anders am 4. Dezember 1774: »... ist schon siebenmal, und erst am 2. September bis 7. Oktober, krank gelegen, welche öfteren Krankheiten auch Ursach sind, daß er bei allem seinem Fleiß doch gegen andere ziemlich weit zurückgeblieben. Inzwischen ist er noch in einem Alter, wo man bei dauerhafter Gesundheit und anhaltendem Fleiß die beste Hoffnung von ihm haben kann.«

Auf der Karlsschule war es schlecht mit der Gesundheit; schätzt doch *L. Pfeiffer* in $2^3/_4$ Jahren »stark sieben Wochen Unwohlsein«.

(2) Einige Erkrankungen seien genannt:

17. 7. 1777: »Geschwollener Hals«.

5. 5. 1778: Durchfall.

9. 5. 1778: Zahnweh, geschwollenes Gesicht.

14. 1. 1779: Geschwollene Drüsen (!!), aber am nächsten Tage schon wieder aus der Krankenstube entlassen.

13.—22. 2. 1779: Geschwollene Backen und geschwollene Mandeln.

4. 7. 1779: »Kopfweh und bittern Mund«.

5. 12.—7. 12. 1779: »Kopfweh und Unwohlsein«.

18.—28. 12. 1779: »Wegen der gleichen Krankheitserscheinung, verbunden mit fiebrigen Regungen (!!).« »Ohne Bedeutung« (! vielleicht gerade von großer Bedeutung für die spätere Erkrankung!).

6. 3. 1780: »Angeloffene Drüsen« (!); tags darauf entlassen. Verrenkung am Knie. Geschwulst am Knie.

30. 8. 1780: »Fluß« (Rheumatismus) am linken Schenkel; am folgenden Tag genesen.

Die Möglichkeit, von außen her angesteckt zu werden.

Der Beweis, daß diese Möglichkeit bestand, ist erbracht,

Digitized by Google

wenn es gelingt, Krankheitsfälle in Schillers Umgebung festzustellen, die sicher tuberkulöser Natur waren.

Da ist einmal Schillers Kamerad Hiller, der am 31. 7. 1778 erkrankte und am 9. 10. des gleichen Jahres starb; er wurde seziert, und der Sektionsbefund ist sogar von Friedr. Schiller eigenhändig unterschrieben; da heißt es, daß außer Herzbeutelentzündung (2) die Lungen »mit kleinen harten Knötchen durchsät« seien. Man darf dabei wohl an Miliartuberkulose denken. —

Noch ein zweiter Fall: Christian August von Hoven starb am 13. Juni 1780; Todesursache war wahrscheinlich eine tuberkulöse Hirnhautentzündung. Bemerkenswert ist hierbei die innige Freundschaft mit Schiller, der die düsteren Stimmungsgedichte »Leichenphantasie«, »Leichenzug« eben auf den Tod seines Freundes von Hoven verfaßt hat.

Vor dem ersten schweren Schub.

Die Mannheimer Zeit brachte schwere Krankheit: Grippeepidemie und eine acht Monate dauernde Malaria. Über die Grippe 1782 sei eine Stelle aus Streichers Bericht über Schillers Flucht (10) angeführt: »Diese Krankheit, welche durch ganz Europa wanderte, bestand in einem außerordentlichen Schnupfen und Katarrh, den man russische Grippe oder Influenza nannte, und der so schnell ansteckend war, daß der Verfasser dieses, als er Schillern einige Stunden nach dessen Ankunft umarmt hatte, nach wenigen Minuten schon von Fieberschauern befallen wurde, die so stark waren, daß er sogleich nach Hause eilen mußte.« Daß es sich um eine epidemische Erkrankung handelte, geht daraus hervor, daß sogar das Theater in Mannheim eine zeitlang deswegen geschlossen wurde. Über die Malariaerkrankung berichtet Schiller von seinem Vater, es sei »eine gallichte Seuche, die so allgemein ist, daß unter 20000 Menschen 6000 krank darniederliegen«. Daß damit sicher Malaria tertiana gemeint ist (10), geht hervor aus einem Brief der Luise Pistorius an Emilie von Gleichen...

»Schiller hatte damals das dreitägige Fieber, kam aber immer zwei Abende dazwischen zu meinem Vater und las ihm vor, was wieder entstanden war, oder ließ es meine Schwester vorlesen; den dritten Abend, wo das Fieber kam, schickte er die Aushängebogen, auch nicht selten bekam er das Fieber bei uns. Du kannst dir denken, wie interessant es war, Kabale und Liebe so nach und nach entstehen zu sehen...«.

Nicht nur Kabale und Liebe, auch der Fiesco entstand während der Malaria; eine recht ansprechende und für die Fragestellung »Krankheit und Schaffen« wesentliche Stelle aus einem Brief der gleichen Verfasserin an Christophine Reinwald berichtet (10):

Digitized by Google

»Schiller bekam eines Abends, wo er, wie oft geschah, in unserm Familienkreise war, einen Anfall von kaltem Fieber. Er war sehr unwohl, wurde auf ein Bett gelegt, warm zugedeckt, mußte Chinatee trinken, und als der Frost nachließ, wurde er in einer Portchaise nach Hause gebracht. Den andern Tag ging mein Vater wie gewöhnlich mit mir spazieren und auf dem Heimwege sagte er, er wolle nur noch nach Schiller sehen, wie es mit ihm gehe; ich solle im Saal auf ihn warten, er werde wohl zu Bett liegen. An der Saalthüre angekommen, hörten wir ein arges Geschrei, und was sahen wir! Schiller war allein und rannte in Hemdärmeln auf und ab, gestikulierte und krakeelte ganz barbarisch. Zwei brennende Lichter standen auf seinem Tisch mit Papieren mitten im Saal, und alle Läden waren geschlossen. Mein Vater rief ihm zu: Aber lieber Schiller, was treiben Sie denn, daß Sie hausen wie ein Türke und gestern erst das Fieber hatten. Sind Sie denn ein Mediziner und wollen Sie sich mit Gewalt ruinieren? Schiller atmete tief auf und sagte: Drum hatte ich grade den Mohren am Kragen. Mein Vater ermahnte ihn sehr, seinem Fieber abzuwarten und alle Mohren laufen zu lassen, was er auch versprach. Den folgenden Abend kam er wieder und brachte diese Szene aus Fiesco mit, die er meinem Vater vorlas.«

Auch Streichers Schilderung von der Malariazeit muß hier Platz finden (10):

»Zu dieser bangen qualvollen Lage gesellte sich dann auch noch das kalte Fieber, welches besonders im Entstehen alle Martern des Tantalus mit sich führte. Denn der brennendste Durst, der heißeste Hunger durfte nicht genügsam gestillt werden, um die Krankheit nicht zu unterhalten. Die Hülfe dagegen, nur in Brechmitteln und Chinarinde bestehend, schwächte den Magen eben so sehr, als sie ihn belästigte; und wenn nichts mehr helfen wollte, mußte man wohl den Rat des Arztes befolgen und so viele Chinapulver, als man sonst in vierundzwanzig Stunden hätte gebrauchen sollen, zwei Stunden vor dem Eintritte des Fiebers auf einmal nehmen, was freilich oft half, aber ein solches Toben des Magens veranlaßte, daß man glaubte, vergehen zu müssen, und was auf lange Jahre hinaus die übelsten Folgen zurückließ. Möge der Leser, wenn er sich an den Schönheiten von »Fiesco« und »Kabale und Liebe« ergötzt, oder in den herrlichen Szenen von »Don Carlos« seine Gefühle schwelgen läßt, doch nie vergessen, daß unter so drückenden beugenden Umständen die obigen Stücke verändert und der erste Akt des letztern gedichtet wurde, alsdann erst wieder den Göttersohn bewundern, der unter so vielen Übeln seinen Geist immer tätig erhielt und an der heiligen Flamme nährte, die nicht von der Erde, sondern von oben her leuchtet. . .«

Der »sengenden Hitze des Mannheimer Klimas« sucht Schiller eine zeitlang zu entgehen, kehrt aber bald wieder aus Schwetzingen und Heidelberg zurück und schreibt am 7. Juni 1784: »Ich komme mit meinem lieben Fieber zurück« (3).

Die folgende Zeit ist gesundheitlich günstiger: Im April 1786 kann Schiller aus Dresden melden: »Ich bin gesund, arbeitsam, im ganzen genommen heiter« (3).

Von Neujahr 1787 ab, wo ein »Catarrh« acht Tage lang besteht, treten immer wieder Reizzustände an den Schleim-

Digitized by Google

häuten der oberen Atemwege auf; so verdirbt ein »fataler Schnupfen« im März 1788 die Stimmung; bezeichnend ist ein Brief an Carol. von Beulwitz vom November 1788, worin zwar das gesundheitliche Wohlbefinden gelobt wird, »sogar« von Schnupfen sei er (Schiller) frei, »d. i. ordentlich ein Wunder« (3). 1789 ist der Dichter mehrmals tagelang »erkältet«, dadurch oft stark niedergedrückt: »Mein Herz war leer und mein Kopf zusammengedrückt« (3). Im Februar 1790 muß er berichten: (3) »Jetzt plagt mich ein böser Hals und ein Husten, und ich mediziniere, damit ich doch wenigstens auf den Freitag sprechen kann, denn jetzt wird mir die Stimme wirklich schwer.«

Um diese Zeit finden sich auch mehrmals Klagen über Zahnschmerzen, Zahngeschwür, geschwollenes Gesicht (wohl Parulis nach Periodontitis). Auf einen solchen Zustand bezieht sich die Schilderung aus Boygesens Tagebuch vom 5. August 1790 (10):

»... lang, hehr, bleich, mit unfrisierten, gelben Haaren und durchschneidenden Blicken in den fast starren Augen... Er hatte erschreckliche Zahnschmerzen, geschwollene Backen und mußte das Schnupftuch immer für den Mund halten, sodaß er mit Mühe sprach. Er war überaus artig — aber tiefer Gram guckte durch seine gezwungene Heiterkeit...« Aus demselben Tagebuch sei der Eindruck vor Graffs Schillerbildnis mitgeteilt (14. 8. 1796): »Schiller ist vortrefflich getroffen. Ich setzte mich eine Viertelstunde vor dies sprechende Bild hin, dem nur das Schnupftuch zur vollkommensten Täuschung fehlte. Schiller hat was mehr als menschliches in seinem fast unausstehlich scharfen Blick — sein Gesicht ist fast wollüstig schön (! Beauté phthisique!?), seine wallenden gelben Haare... er scheint nicht der Erde zu gehören...«

In das Jahr 1790 fällt die Eheschließung.

1791, die Katastrophe.

Der erste Schub:

Es ist der 3. Januar. Schiller ist zum Mitglied der »Akademie nützlicher Wissenschaften« (1) ernannt; abends findet im Stadthaus zu Erfurt ein Festmahl statt,

»woran Schiller teilnahm, lebhaft, angeregt, von Plänen erfüllt. Bei mancher Gelegenheit in Schillers Leben scheint ein merkwürdig eindringliches Pathos zu walten. Gerade mitten in der festlichsten, stolzesten Zeit jungen Glücks mußte die Frist, die diesem Glück anberaumt war, schnell und plötzlich zu Ende kommen durch den ersten Anfall tückischer Krankheit. Das schöne Winterwetter hörte plötzlich auf, und drückend böser Nebel legte sich über die Stadt. Vermutlich hat sich Schiller diesem Nebel unvorsichtig ausgesetzt... Die vielen Wachslichter der großartigen Prälatentafel, die vielen freundlichen Gesichter machten den Saal warm. Aber mitten bei der Tafel überfiel den Dichter häßliche, zitternde Kälte, ein Schüttelfrost. Er konnte trotz aller Anstrengung nicht bis zu Ende aushalten, sondern mußte heftig fiebernd den Festsaal verlassen und in einer Port-Chaise fortgebracht werden.

Digitized by Google

Er hütete einen Tag das Bett und blieb mehrere an das Zimmer gefesselt, denn man fürchtete eine Lungenentzündung...«

Die Schilderung aus Caroline von Wolzogens Biographie (10) sei noch angeführt:

»Die Idee zum Wallenstein blieb die vorherrschende und wäre vielleicht bald zur Ausführung gelangt. Aber ein harter Schlag traf Schillern und die Seinen in dieser sich glücklich gestaltenden Zeit. Während eines Besuches ... ward er beim Abendessen — von einem heftigen Fieber angefallen. Erkältung war wahrscheinlich der Hauptgrund dieses Anfalles. Nach einigen Tagen war er soweit hergestellt, daß er wieder nach Jena zurückreisen konnte...«

Schon am 11. Januar (3) kann Lotte den ersten beruhigenden Brief bekommen:

»... Es ist mir ganz wohl, und ich huste auch nicht mehr. Die ordentlichere Lebensart und Ruhe werden mich in wenig Tagen wieder völlig gesund machen.«

Und am Tage darauf geht ein Brief (3) an Körner ab:

»... Jetzt bin ich wieder ganz hergestellt und bedaure nur die Tage, die ich in Erfurt durch meine Krankheit verlor...«

Der zweite Schub am 15. Januar 1791.

(3) »... Meine Krankheit ist wiedergekommen...« muß Lotte am 15. Januar erfahren, zwar mit der Bemerkung, »Gefahr hat es keine mehr«, aber doch mit der dringenden Bitte, gleich zu kommen. (10) Am 23. Januar sah ihn Graß, wie er dalag auf dem Sofa, »sah bleich und eingefallen aus, und hustete schwer, welches mich fast erschreckte«. (3) An Göschen schreibt Schiller am 11. Februar

»... Ich fange an, mich aus dem kranken Zustand herauszuwinden, aber mit ziemlich langsamen Schritten, weil der Anfall zu heftig war, und Krankheit und Kur mich äußerst erschöpften. Dieser Brustzufall entdeckte mir übrigens, wie sehr ich meine Lunge zu schonen habe, und ich fürchte sehr, daß er auf meine hiesige Lage Einfluß haben wird. Das Collegienlesen ist eine zu gefährliche Bestimmung für mich, meiner Gesundheit wegen, und da Gesundheit doch überall vorgeht, so könnte es leicht kommen, daß ich mir diesen academischen Beruf untersagen müßte...«

Am 22. Februar steht in einem Brief an Körner:

»Endlich nach einer langen Unterbrechung kann ich mich wieder mit Dir unterhalten. Meine Brust, die noch immer nicht ganz hergestellt ist, erlaubt es nicht, daß ich viel schreibe; sonst hättest Du schon früher einen Brief von mir erhalten. Dieser noch fortdauernde Schmerz auf einer bestimmten Stelle auf meiner Brust, den ich bei starkem Einatmen, Husten oder Gähnen empfinde, und der von einem Gefühl der Spannung begleitet ist, beunruhigt mich in manchen Stunden, da er durchaus nicht weichen will, und läßt mich zweifeln, ob meine Krankheit durch eine vollkommene Crise behoben ist. Alles andre geht sonst gut, Appetit, Schlaf, Kräfte des Körpers und der Seele, obgleich die Kräfte sehr langsam sich einstellten. Es machte meine Krankheit gefährlicher, daß sie Rezidiv war. Schon in Erfurt erlebte ich einen Anfall, der aber durch einen dortigen, nicht ungeschickten Arzt mit

Digitized by Google

zu weniger Aufmerksamkeit behandelt und weniger kuriert als zugedeckt wurde. Gegen acht Tage nach diesem ersten Anfall befand ich mich wohl, in Weimar, wo ich gegen drei Tage war, fühlte ich gar nichts, aber schon den andern Tag nach meiner Heimkunft, wo ich wieder zu lesen angefangen hatte, kam das Fieber und nahm mit großer Heftigkeit zu. Doch war die Krankheit mehr Seitenstich als Lungenentzündung, welche höchstens auf der Oberfläche rechterseits inflammiert war. Am dritten Tag spie ich Blut und empfand etwas von Beklemmungen, welche mich aber durch die ganze Krankheit wenig plagten. Auch der Schmerz auf der Seite und der Husten war bei der Heftigkeit des Fiebers überaus mäßig. Einige starke Aderlässe, Blutigel, zweimal Vesicatorien auf der Brust verschafften mir Luft. Der blutige Auswurf färbte sich bald und hatte guten Eiter. Nur die üble Einmischung des Unterleibs machte das Fieber kompliciert. Ich mußte purgiert und vomiert werden. Mein geschwächter Magen brach drei Tage lang alle Medizin weg. In den ersten sechs Tagen konnt ich keinen Bissen Nahrung zu mir nehmen, welches mich bei so starken Ausleerungen der ersten und zweiten Wege und der Heftigkeit des Fiebers so sehr schwächte, daß die kleine Bewegung, wenn man mich vom Bette nach dem Nachtstuhl trug, mir Ohnmachten zuzog, und daß mir der Arzt vom siebenten bis eilften Tage nach Mitternacht mußte Wein geben lassen. Nach dem siebenten Tage wurden meine Umstände sehr bedenklich, daß mir der Mut ganz entfiel; aber am 9. und 11. Tage erfolgten Crisen. Die Paroxysmen waren immer von starken Phantasien begleitet, aber das Fieber in der Zwischenzeit mäßiger und mein Geist ruhig. Reichliche Schweiße, Auswurf und Stuhlgang machten die Crise aus, von der ich jedoch zweifle, ob sie vollständig war. Erst acht Tage nach Aufhören des Fiebers vermochte ich einige Stunden außer dem Bett zuzubringen und es stand lange an, ehe ich am Stock herum kriechen konnte... Außer daß die noch fortdauernde schmerzhafte Spannung meiner Brust mir es zweifelhaft macht, ob meine Lunge nicht noch Folgen von dieser Krankheit trägt, mußte mir die Heftigkeit des gehabten Anfalles die größte Schonung auflegen. Daß ich diesen Winter nicht mehr lese, versteht sich von selbst, aber auch den Sommer habe ich beschlossen, noch auszuruhen.«

3. März: »Ich befinde mich bis auf die Empfindung auf der Brust immer noch wohl.«

10. April: »... Meine Brust ist seitdem um nichts leichter geworden, vielmehr empfinde ich noch immer bei starkem tiefem Atemholen einen spannenden Stich auf der Seite, welche entzündet gewesen ist, öfters Husten und zuweilen Beklemmungen. Ich mag es hier niemand sagen, was ich von diesem Umstand denke, aber mir ist, als ob ich diese Beschwerden behalten müßte. Eine Stunde lang laut zu lesen, wäre mir ganz und gar unmöglich. Doch habe ich seit meiner Krankheit kein Blut ausgeworfen.... Auch reite ich die Woche 3, 4mal spazieren.... Mein Gemüt ist übrigens heiter, und es soll mir nicht an Mut fehlen, wenn auch das Schlimmste über mich kommen wird....«

Der dritte Schub 8. und 9. Mai.

(3) Aus Rudolstadt schreibt Schiller am 21. Mai an G. Göschen:

»... Heute vor 14 Tagen überfiel mich ein fürchterlicher krampfhafter Zufall mit Erstickungen, sodaß ich nicht anders glaubte, als ob es mein

Digitized by Google

letztes wäre. Doch erholte ich mich in einigen Stunden wieder und glaubte mich schon der Besserung nahe, als diese Engbrüstigkeit am folgenden Tage zurückkam, wiewohl mit weniger drohenden Symptomen. Auch diese ging vorüber, und einige Stunden Schlaf, die ich am zweiten Morgen genoß, erweckten mir Hoffnung, aber den darauffolgenden Abend erneuerte sich der Anfall noch weit fürchterlicher als die vorigenmale, sodaß ich von allen den meinigen schon Abschied nahm und jeden Augenblick hinzusinken glaubte ... Von dieser Zeit an kamen die Zufälle jeden Tag etwas schwächer, sodaß ich nunmehr wieder aus dem Bett sein kann. So fürchterlich die Erstickungen für mich und für alle Anwesenden waren, so geben mir doch meine zwei Ärzte die tröstlichsten Versicherungen, ... das meine Brustbeschwerden keinen Fehler in der Lunge zur Ursache haben, wie ich schon .... fürchtete. Ich bin also wieder unter den Lebenden, ... und diese letzte Krankheit selbst hat mich über die Beschaffenheit meiner Lunge beruhigt, denn ungeachtet der gewaltsamsten Anstrengung, womit ich dem erstickenden Krampfe entgegenarbeiten mußte, und welche so heftig war, daß ich bei jedem Atemholen in der Lunge ein Gefäß zu zersprengen fürchtete, habe ich nie Blut ausgeworfen .... Meine Furcht vor Lungensucht wird also ziemlich behoben .... diese vierzehn Tage mußten natürlicherweise alle meine Geschäfte ruhen ...«

Einige andere Einzelheiten aus diesem Krankheitsanfall berichtet Schiller an G. Körner am 24. Mai:

»Endlich bin ich so ziemlich wiederhergestellt .... Unter den wiederholten und periodisch zurückkehrenden Anfällen waren zwei, einer am Sonntag vor achtzehn Tagen, der andere am Dienstag, fürchterlich. Der Atem wurde so schwer, daß ich über der Anstrengung, Luft zu bekommen, bei jedem Atemzug ein Gefäß in der Lunge zu zersprengen glaubte. Bei dem ersten Anfall stellte sich ein starker Fieberfrost ein, sodaß die Extremitäten ganz kalt wurden und der Puls verschwand. Nur durch immer kontinuiertes Anstreichen konnte ich mich vor der Ohnmacht schützen. Im heißen Wasser wurden mir die Hände kalt, und nur die stärksten Friktionen brachten wieder Leben in die Glieder. Man hat alles angewandt, was nur die Medizin in solchen Fällen Wirksames hat; besonders aber zeigte sich das Opium, das ich in starken Dosen nahm, Campher mit Moschus, Klystiere und Blasenpflaster wirksam .... Nach überstandenem Paroxismus, der zuweilen fünf Stunden währte, konnte ich ganz frei respirieren .... Aber es ist sonderbar, daß der spannende Schmerz auf der rechten Seite der Brust sich unverändert erhalten hat, und daß ich ihn noch ebenso fühle, wie vor diesen Anfällen. Was daraus werden soll, weiß ich nicht; doch habe ich jetzt weniger Furcht, als vor 4 Wochen. Überhaupt hat dieser schreckliche Anfall mir innerlich sehr gut getan. Ich habe dabei mehr als einmal dem Tod ins Gesicht gesehn, und mein Mut ist dadurch gestärkt worden. Den Dienstag besonders glaubte ich nicht zu überleben, jeden Augenblick fürchtete ich der schrecklichen Mühe des Atemholens zu unterliegen, die Stimme hatte mich schon verlassen, und zitternd konnte ich bloß schreiben, was ich gern noch sagen wollte .... Mein Geist war heiter ...«

Aus dieser Zeit stammt ein Zettel, auf den der Kranke, der vom Arzt Sprechverbot hatte, mit zitternder Hand die Worte schrieb: »Sorgt für eure Gesundheit, ohne diese kann man nie gut sein.« Caroline von Wolzogen bemerkt dazu: »Dieses schrieb

Digitized by Google

Schiller in Rudolstadt Anno 91, da ihm das Sprechen durch Brustkrämpfe zu schwer war und er zu sterben glaubte.«

Über den weiteren Verlauf berichtet Schiller an seinen Arzt *Stark* Ende Mai:

»Heftige Anfälle von Engbrüstigkeit zeigten sich zwar seit Ihrem Hiersein nicht wieder, aber dennoch vergeht kein Tag, an welchem sich nicht auf mehrere Stunden etwas Asthmatisches einfände .... Während und zwischen diesen Anfällen empfinde ich noch unverändert den spannenden Schmerz auf der rechten Brust, der mir seit der vorigen Krankheit noch geblieben ist .... der Schlaf ist gut, aber von unruhigen Träumen begleitet. Sonst habe ich den gewöhnlichen Appetit zum Essen .... Von selbst habe ich wenig Öffnung, aber sie erfolgt immer von selbst auf Lavements.«

Im Juni 1791 wird der Dichter totgemeldet; dänische Freunde in Kopenhagen halten eine ergreifende dreitägige Trauerfeier am Meerstrand. Aus diesem Monat steht in einem Brief Reinholds an Baggesen: »Schiller schickt sich eben mit seiner Frau an, nach Karlsbad zu reisen, um seine sehr geschwächten Verdauungswerkzeuge zu stärken. Jetzt ist er so schwach, daß er nicht einmal eine Lecture wie Peregrinus Proteus, den er sich vorlesen lassen wollte, aushalten kann. Wenn er die Beschwerlichkeiten der Reise übersteht, so glaubt sein Arzt, daß ihm geholfen werde.« Er überstand die Reise, wenn auch nur mit Beschwerden. Der begleitende Arzt Dr. *Eicke* mußte ihn immer wieder halten, »wenn er bei seinen asthmatischen Anfällen zurücksank«. Ausgesprochene Besserung brachte Karlsbad durchaus nicht. An Körner schreibt Sch. am 6. Sept.:

»Mit der Besserung geht es leidlich, aber immer noch langsam, und noch immer bleiben die Krampfzufälle nicht ganz aus, auch der kurze Atem hält immer noch an. Doch verschafft mir der Egerbrunnen .... hinlängliche Besserung, und ich kann jetzt 2, 3 Stund des Tags etwas lesen, ohne mich anzugreifen. Die Kräfte nehmen zu und man findet mich auch frischer aussehend. Hier in Erfurt lebe ich recht angenehme Tage .... Wie ich es mit diesem Winter halten werde, weiß ich in der Tat noch nicht. Vom Collegienlesen wird wohl schwerlich die Rede sein, aber überhaupt bin ich jetzt wegen meines künftigen Aufenthaltes und Schicksals in Ungewißheit. Es ist mir jetzt durchaus unmöglich, wie bisher mich auf meine schriftstellerischen Einkünfte zu verlassen, denn so beträchtlich diese auch sind, solange ich vollkommen gesund bin, so fehlen sie mir doch ganz in der Krankheit ....«

Am 16. Sept. schreibt Reinhold an Baggesen:

».... Wie schlimm es noch immer mit seinen Gesundheitsumständen stehen müsse, können Sie daraus schließen, daß er sowohl als sein Arzt damit zufrieden sind, und es für ein gutes Zeichen ansehen, daß er durchs Bad nicht schlimmer geworden ist, als er vorher war. Seine Eingeweide sind, ich befürchte fast, unheilbar zerrüttet. Doch arbeitet er, aus geistigem nicht weniger als vielleicht auch ökonomischem Bedürfnisse, an der Fortsetzung der Geschichte des Dreißigjährigen Krieges ...«

Digitized by Google

In den Erinnerungen von Göritz wird berichtet:

»Schiller kam noch sehr schwach in Jena an, die Nächte waren schlaflos (10), die Tage schmerzlich, und er war meist so abgespannt, daß der einfachste Diskurs ihm Ohnmachten zuzog. Arbeiten konnte er wenig oder gar nichts. Vermögen hatte er nicht, seine Frau nur einen kleinen Zuschuß von Hause; er hatte ansehnliche Schulden ....«

So bleibt es mit der Krankheit vollends bis zum Schluß des Jahres; wenn auch Novalis am 4. Oktober meint, »gewiß ist er munter, heiter, im vollen, entzückenden Gefühl seiner wiedergekehrten Gesundheit«, so beklagt doch Schiller selber sich am Tag vorher noch über sein »langwieriges Übel«, und wo er ehrlich über den körperlichen Zustand spricht, etwa in den Briefen an Körner, muß er immer wieder bekennen, daß der Atem nie frei, daß ihn immer noch »Krämpfe im Unterleib« beunruhigen. Immerhin, er ist »doch zu Beschäftigungen aufgelegt, und kann, wenn sie mich stark interessieren, stundenlang meine Umstände darüber vergessen«. Im Dezember: »Meine und meiner Lotte Gesundheit ist leidlich.«

Mit einem glücklichen Ereignis geht das Jahr zu Ende: Von Dänemark bezieht Schiller auf drei Jahre hinaus nun je 1000 Taler, ist so von der zermürbenden Sorge ums tägliche Brot befreit und frei in der Arbeit.

Das Jahr 1792.

Im Januar erfolgt wieder ein Fieberanfall, ähnlich dem des Vorjahres.

Ende Februar ist er »ziemlich wiederhergestellt«; dafür quälen Unterleibskrämpfe.

Im April in Dresden steht es gut.

Ende Juli: »Die Last des Dreißigjährigen Krieges liegt schwer auf ihm, die Krämpfe plagen ihn, so weiß er kaum ein noch aus.«

Im Winter kommt er kaum fünfmal ins Freie; er schreibt darüber selber: »Ich habe einen gefährlichen Winter glücklicher, als ich hoffen konnte, zurückgelegt, und solange meine Krankheit fortfährt wie bisher, mein Gemüt zu verschonen, werde ich mich nicht für unglücklich halten. Meine Natur hat noch viel Stärke und wird sich, wie es scheint, so tapfer als möglich wehren und den Ausschlag noch einige Zeit lang zweifelhaft machen.«

Am 21. Dezember beklagt er sich Körner gegenüber:

»Da mir die vielen schlaflosen Nächte gewöhnlich die Vormittage nehmen, so verliere ich viel Zeit ....«

(2) Übrigens geht aus einem Brief des Vaters an Schiller vom 15. Dezember 92 deutlich hervor, daß die Ärzte eine organische Darm-Stenose schon damals annahmen.

Digitized by Google

Das Jahr 1793.

Ende Januar an Körner:

»....Ich muß also den Winter ebenso sehr in Rücksicht meiner Brust, als den Sommer und Winter in Rücksicht auf meine Krämpfe fürchten. Ich bin da in eine saubere Alternative gesetzt, und jedes Zeichen im Tierkreis bringt mir ein anderes Leiden mit .... die ganze Veränderung, die ich zu erwarten habe, ist, daß es zum Schlimmen geht.«

11. Februar wünscht er sich Glück, daß seine Fieberperiode doch glücklich vorbeigegangen sei; es geht weder besser noch schlechter.

(3) »Der Frühlingsanfang, der zwar ein Freund der Poeten, aber nicht der kranken Poeten ist, hat mich einige Wochen wieder an mein Übel angeschmiedet.« »Die ganze Litanei der fatalen Zustände« stellt sich wieder ein.

(3) 22. März:

»Ich hatte wieder einige ganz leidliche Tage, heute aber hat es mich wieder mitten unter der Vorlesung überfallen. Meine Existenz wird durch diese elenden Zufälle so zerrissen, daß ich in nichts recht fortfahren kann... Über das übrige mehr, wenn ich besser bin. Jetzt ist meine Schreibkraft erschöpft.«

(3) April:

»Mein Übel hat mir in diesem unfreundlichen April sehr hart zugesetzt, und alle Lust am Denken und am Schreiben verdorben....«

(3) Mai:

»Das alte Übel regt sich bei diesem unbeständigen Wetter so oft und hält gewöhnlich so hartnäckig an, daß ich immer von 3 Tagen 2 verliere, und in den guten Intervallen eilen muß, um nur das Notwendige an meinen Geschäften zu fertigen.«

Juli:

»Ich habe zu meiner Gesundheit ein weit besseres Vertrauen als ich seit langer Zeit nicht hatte.«

August: In Ludwigsburg bei einem längeren Spaziergang; in Hovens Autobiographie steht darüber (10):

»...Als wir in den Wald gekommen waren, bekam Schiller einen solchen Anfall von Brustkrampf, daß, weil ich niemand zu Hilfe rufen konnte, mir angst und bange war, wie ich ihn nach Hause bringen sollte.... er konnte vor Beklemmung kaum gehen. Doch die Not gab mir Kraft, ihn mehr tragend als führend, brachte ich ihn endlich nach Hause. Er begab sich sogleich zu Bette, und nach dem Genuß von einigen Tassen Thee hörten die Krämpfe zu meiner großen Freude allmählich auf...«

Aus derselben Quelle sei eine andere Stelle angeführt, die sich auch auf diesen Aufenthalt in der schwäbischen Heimat bezieht:

»...seine hagere Gestalt, sein blasses, kränkliches Aussehen.... Leider war der Genuß seines Umganges sehr oft durch seine Kränklichkeit, heftige Brustkrämpfe gestört.... da er nur selten ganz frei von Brustkrämpfen war, so konnte er nicht viel und anhaltend arbeiten, indessen schrieb er doch fast täglich, meistens in der Nacht, einige Stunden von seinem Wallenstein....«

Digitized by Google

8. November (3) aus Ludwigsburg:

»Ich bin, seitdem ich nach Stuttgart eine Excursion gemacht habe, ziemlich leidlich gewesen, und habe diese günstige Zeit benutzt, in meinen so lange liegen gebliebenen Geschäften ein wenig vorwärts zu kommen. Ich war diese ganze Woche sehr fleißig, und es ging mir von der Hand... Es ist mir immer himmlisch wohl, wenn ich beschäftigt bin, und meine Arbeit mir gedeiht...«

(3) 10. Dezember:

»Ein so hartnäckiges Übel als das meinige... müßte endlich auch einen stärkeren Mut als der meinige ist, überwältigen. Ich wehre mich dagegen... aber immer kann ich doch nicht das Feld behalten... Meine Gefühle sind durch meine Nervenleiden reizbarer und für alle Schiefheiten, Härten, Unfeinheiten und Geschmacklosigkeiten empfindlicher geworden...« (!)

Das Jahr 1794.

3. Februar (3):

»Ich lebe noch, und der ominöse Januar ist vorüber; also hoffentlich noch auf eine Zeitlang Frist. Auch befinde ich mich seit 14 Tagen um vieles leidlicher, als die vorhergehenden 2 Monate, wo die Hartnäckigkeit meines Übels mich beinahe gänzlich um meinen Mut gebracht hat. Schreiben konnte ich an keinen Menschen auf Erden....«

April. Das rauhe Wetter und die zurückkehrenden Krämpfe hindern am Ausgehen.

Die folgenden Monate ist der Gesundheitszustand erträglich; 8 Wochen lang tritt gar kein Anfall auf; durch die Engbrüstigkeit wird er »nicht mehr so arg incommodiert«.

Juli. Gute Hoffnung, daß es mit dem »ganz erträglichen Zustand« anhalten werde; freilich er muß das Zimmer hüten.

20. Juli:

»Die große Hitze hat meine Zufälle wieder sehr in Bewegung gebracht, daß ich zu Beschäftigungen fast ganz verdorben wurde. Das Studium Kants ist noch immer das einzige, was ich anhaltend treibe, und ich merke doch endlich, daß es heller in mir wird....«

21. August:

»....Zum erstenmal wieder nach einer 20tägigen Unpäßlichkeit auf die Gasse gekommen....«

Es ist die Zeit, wo Goethe und Schiller einander nähertreten. Goethe sagt zu Eckermann:

»Als ich ihn zuerst kennen lernte, glaubte ich, er lebe keine vier Wochen. (10). Aber auch er hatte eine gewisse Zähheit; er hielt sich noch die vielen Jahre und hätte sich bei gesünderer Lebensweise noch länger halten können.«

Sommer und Herbst im ganzen ordentlich,

»wiewohl von Zeit zu Zeit neue Stöße von Krämpfen kamen.« »Am Arbeiten hat es mich wenig gehindert, nur die Nächte incommodierte es mich sehr.«

Ende des Jahres berichtet er an Körner, daß es ihm trotz des ewigen Krampfübels selten so wohl im Geist und Herzen gewesen sei.

Digitized by Google

»Übrigens geht es mit meiner Gesundheit erträglich genug, daß ich wenigstens an meiner Tätigkeit keinen großen Abbruch leide.«

Das Jahr 1795.

31. Januar:

»Mit meiner Gesundheit ist es im ganzen zwar dasselbe, doch bin ich mit diesem Winter besser zufrieden als mit dem vorigen, weil ich bei Tage weniger von Krämpfen beunruhigt werde und meinen Geschäften ungehinderter nachgehen kann ....«

Februar. Schlechtes Wetter, so kann er nicht ausgehen.

1. Mai:

»Ich befand mich seit einigen Wochen gar nicht recht wohl, weil ein heftiger Catarrh mir stark zusetzte. Jetzt fange ich wieder an, mich zu erholen ....«

(3) 12. Juni:

»Mein Fieber hat mich seit 4 oder 5 Tagen verlassen, und ich bin gegenwärtig mit meinem Befinden ganz wohl zufrieden ...« Kopfweh und Zahnschmerzen bestehen im Juni außerdem.

(3) 17. Juli:

»Ich leide schon mehrere Wochen fast anhaltend an meinen Krämpfen und habe die Feder ganz weglegen müssen ....«

August, September, Oktober, November. Kann nicht ins Freie; sowie er ausgehen will, treten die Krämpfe auf.

(3) 8. Dezember:

»Das üble Wetter hat mich sehr gedrückt, sodaß ich aus Nacht Tag und aus Tag Nacht machen mußte. Es ist auch jetzt noch nicht besser, und die Arbeit geht langsam.«

10. Dezember:

».... Gearbeitet habe ich aber doch und bin sehr fleißig gewesen.«

Das Jahr 1796.

Januar: Gefangener des Zimmers.

Februar: Krämpfe und schlaflose Nächte.

Mai: Wohlbefinden, Spaziergänge.

September: Wieder Krämpfe und Zahngeschwür.

November (3) Dezember: Schlaflosigkeit. Bei der »miserablen Jahreszeit« »hält er sich eben so hin«.

Das Jahr 1797.

Januar: Die gefürchteten katarrhalischen Zustände treten nicht auf. Trotzdem muß er das Zimmer hüten bis

Mai: Viel im Freien.

Ende Juli: Schlaflosigkeit, Krämpfe.

(3) 6. August:

»Die drückende Hitze in der vorigen Woche hat mich so sehr angegriffen, und vielleicht hat auch eine Erkältung dazu beigetragen, daß ich mich in den letzten 8 Tagen recht übel befand, Fieber spürte und eine ernstliche Krankheit befürchtete. Heute ist der erste Tag, wo ich mich wieder etwas leidlicher befinde, obgleich ich mich noch an Geist und Körper ermattet fühle ... Meine Arbeiten sind in den letzten 14 Tagen .... liegen geblieben, was mir

Digitized by Google

meinen Zustand doppelt unerträglich machte. Auch jetzt hab ich weder Stimmung noch Kraft zu irgend einer productiven Tätigkeit ....«

(3) 30. August. Rückfall!

»Ich glaubte mich auf dem Wege der Besserung ..., aber seit 8 Tagen leide ich an einem Catarrhalfieber und einem hartnäckigen Husten ... Das Fieber läßt mich heute zwar in Ruhe, aber der Husten plagt mich noch sehr, und der Kopf ist mir ganz zerbrochen.«

(3) 7. September:

»Mein Übel hatte sich noch verschlimmert, ich habe mich lange nicht so schlimm befunden. Endlich fange ich an, mich wieder zu fühlen und meine Stimmung wieder zu finden. Fast alle meine Beschäftigungen stockten indessen, und die wenig leidlichen Augenblicke, die ich hatte, nahm der Almanach in Anspruch ....«

(3) 15. September:

»Ich habe immer noch viel von meinem Husten zu leiden, bin aber viel freier von meinem alten Übel, wobei indeß meine Stimmung und meine Tätigkeit nicht viel gewinnt; denn das neue Übel greift mir den Kopf weit mehr an als das Malum domesticum, die Krämpfe, zu tun pflegen ...«

Oktober: Besserung; der Husten ist weg; dafür wieder Krämpfe und Schlaflosigkeit stärker.

November: Wieder raubt Schlaflosigkeit kostbare Zeit.

(3) Ende Dezember: Ein Brechdurchfall (angeblich epidemisch) verursacht 1 Woche Arbeitsunfähigkeit.

Das Jahr 1798.

18. Januar: Fieber infolge »Halsverschleimung« bei dem »greulichen Januarwetter«.

Februar: Weiterhin »Schmutzwetter«; wieder Catarrh und Schnupfen, dabei der Kopf angegriffen.

März: Wieder im Freien; aber Mitte des Monats ist wieder der Kopf eingenommen; »unlustig und unfähig zu allem.«

April: Fortdauernder Husten.

Mai: Gutes Wetter; Aufenthalt im Garten.

Juli: Krämpfe stören den Schlaf; Untätigkeit; Ende des Monats geht es besser.

September: Schnupfen.

Oktober: Gutes Wetter. Aufenthalt im Garten. Wallenstein ....

4. Dezember:

»Das jetzige fatale Wetter setzt mir sehr zu, und ich habe durch Krämpfe und Schlaflosigkeiten wieder einige Tage für meine Arbeit verloren.«

14. Dezember:

»Der Schnupfen nimmt mir den Kopf so ein, daß ich ganz betört von der Arbeit aufstehe.«

Gegen Ende des Jahres hindert ein »böser Finger« am Schreiben, »nur Kritzeln« ist möglich.

(Hat wohl nichts mit der Tuberkulose zu tun.)

Digitized by Google

Das Jahr 1799. (Äußerst günstig).

Januar: Einladung bei Goethe in Weimar; dort ist er fünf Wochen lang und hat

»wieder neue gute Hoffnung ... Und so habe ich in diesen 5 Wochen wieder als ein ordentlicher Mensch gelebt und mehr mitgemacht als in den letzten 5 Jahren zusammengenommen. Freilich habe ich diese 5 Wochen für meine Arbeit ganz verloren, sonst könnte ich heute mit dem Wallenstein fertig sein ...«

Mai:

»Meine Gesundheit hält sich noch recht brav, ich hoffe, sie soll sich diesen Sommer noch mehr befestigen.«

Viel im Garten.

Juli: Große Hitze macht schlechte Stimmung und stört den Schlaf.

August: Viel im Garten, Gesundheit gerühmt. Gegen Ende des Monats Zahnschmerzen.

(3) November: Bei dem Nervenfieber seiner Frau wacht er in 6 Tagen 3 Nächte, fühlt sich dabei ganz gut; die 4. Nachtwache erst greift ihn an.

Das Jahr 1800.

Januar: Mehrere gesellschaftliche Veranstaltungen werden beschwerdefrei mitgemacht. Am 12. Jan.:

»... Ich stecke so tief in Arbeiten und Zerstreuungen ...«

Allerdings am 13. Jan.:

»Ich habe die Nacht nicht geschlafen und bin erst seit 12 Uhr aufgestanden. Der Kopf ist mir auch sehr wüst, von der Schlaflosigkeit. Eine lebhafte Beschäftigung mit dem Macbeth, dem ich gestern noch nachdachte, hat mich erhitzt ...«

Im Februar:

»... überfiel mich eine schwere Krankheit, die mich nun (geschr. am 16. März) (3) schon 4 Wochen in die völligste Untätigkeit versetzt und von der ich mich noch nicht erholt habe. Es war eine Art von Nervenfieber, das sich mir zugleich auf die Brust warf und mich einige Tage in große Gefahr setzte ...«

(3) 24. März:

»Es geht sehr langsam mit der Erholung, ich kann nur mit Mühe die Treppen steigen, und der Husten dauert noch anhaltend fort; leider war ich sehr hart angegriffen, denn die lange traurige Krankheit meiner Frau hatte meine Gesundheit sehr untergraben. Dieser Winter wird uns lange im Andenken bleiben, fürchte ich. Mit Sehnsucht erwarte ich den Frühling, wo meine Erholung, hoffe ich, schneller gehen soll...«

(3) 24. März:

»Meine Krankheit muß sehr hart gewesen sein, denn jetzt in der sechsten Woche fühle ich noch immer die schweren Folgen, die Kräfte sind noch sehr weit zurück, daß ich mit Mühe die Treppen steige und noch mit zitternder Hand schreibe. Auch hält der Husten noch immer an, und ich werfe viel Schleim aus...«

Digitized by Google

Mai: Auffallende Besserung ist eingetreten; er hält sich selbst wieder für gesund, fährt zur Vollendung der Maria Stuart nach Ettersburg, unternimmt dort täglich mehrstündige Waldspaziergänge.

»Ich komme mir selbst sehr verändert vor. Dies ist zum Teil das Werk meiner Tätigkeit, denn ich befinde mich nie besser, als wenn mein Interesse an einer Arbeit recht lebendig ist. Ich habe auch deswegen schon zu einer neuen (Jungfrau v. Orléans) Anstalt gemacht.«

Sommer: Gute Gesundheit. Unter der Augusthitze ermattet Körper und Geist.

September: Das »böse Wetter« löst die alten Krämpfe wieder aus; dennoch viel Ausgehen möglich.

Das Jahr 1801.

Bis Juni: Gut! Hin und wieder Krämpfe.

September: Er fühle sich leichter, auch das Atmen leicht.

Oktober:

»Mein Katarrh hat mich noch nicht ganz verlassen...«

(3) Dezember: 1 Tag Fieber und »Cholera«; diese Krankheit greift hart an, hinterläßt eine Schwäche, wird gefolgt von Krämpfen.

Das Jahr 1802.

2. Februar:

»Da mir der Kopf von einer schlecht zugebrachten Nacht verwüstet ist, so ist heute nichts mehr mit mir anzufangen.«

20. April:

»Der Katarrh ... hat mich schon seit 12 Tagen heimgesucht und aufs heftigste angegriffen, daß ich mich jetzt noch kaum davon erholen kann. Ich war auf dem Wege, ernstlich krank zu werden... Der Kopf tut mir von den wenigen Zeilen schon weh, so übel hat mich der Katarrh zugerichtet.«

(3) Juni: »Böser Krampfhusten«; der Sohn Ernst hat den Keuchhusten zu dieser Zeit (vielleicht ist es tatsächlich eine Pertussis durch Ansteckung. Wahrscheinlicher: Pleuritis tuberculosa).

21. August:

»... ein böslicher Krampfhusten, der mich mit den Kindern über 6 Wochen geplagt und elend gemacht hat. Seitdem ich mich wieder davon erholt habe, habe ich alle Hände voll zu tun gehabt...«

Schon Mitte August hat sich der Husten »weggemacht« und »mit der Gesundheit geht es auch wieder ordentlich«.

Das Jahr 1803.

Ende März:

»Seit 6 Tagen bin ich von einem bösen Hüft- und Schenkelweh geplagt ... ohne Fieber und ohne alle bösartigen Zufälle...«

Juli: Anläßlich der Aufführung von Wallensteins Lager und zur Erholung in Bad Lauchstädt. Dabei ißt er wenig,

»weil ich mich so am besten vor Krämpfen schütze.«

Digitized by Google

August-Hitze plagt ihn so, daß er sich nicht entschließen kann, vor die Türe zu gehen.

September: Wieder Katarrh; so muß er sich z. B. für den Weg zum nahen Theater immer »gut verwahren«.

November:

»In meiner jetzigen Ein- und Abgeschlossenheit erfahre ich nur an den immer kürzeren Tagesbogen, daß sich die Zeit bewegt. Durch den Mangel an aller Zerstreuung und durch vorsätzliches Beharren erhalte ich soviel, daß meine Arbeit wenigstens nicht still steht, obgleich meine ganze Physik unter dem Druck dieser Jahreszeit leidet.«

Das Jahr 1804.

5. Januar:

»Mit der Gesundheit ist es bis jetzt leidlich gegangen.«

Februar: Tell vollendet; aber gegen Ende des Monats:

»Ich habe mich ... gar nicht wohl befunden, denn das Wetter setzt mir gar sehr zu, auch ist mir nach der Abreise unsrer Freundin nicht anders zu Mut, als wenn ich eine große Krankheit ausgestanden.«

Im April erkrankt die Frau und drei Kinder an »einer Art von Keuchhusten und Fieber«; er selbst bleibt verschont.

Mai: Die Reise nach Berlin, die Zerstreuungen, das üble Wetter sollen schuld sein an dem »katarrhalischen Fieber«, so ist er vom 6.—11. Mai unwohl.

Um diese Zeit beschreibt Henriette Hey den Dichter: »Edles Profil ... aber seine bleiche Farbe und das rötliche Haar störten einigermaßen den Eindruck. Bei der Unterhaltung erhöhte sich noch der Glanz des blauen Auges.«

24. Juli:

»Heftigste Schmerzen im Unterleib«, derart, »daß Stark und sein Neveu geglaubt haben, er sei nicht zu retten, und immer eine Entzündung der Eingeweide befürchtet haben. Er selbst soll immer laut geschrien haben: »Ich halte es nicht mehr aus, wenn es nur schon aus wäre.« (10)

Stark gibt keine halbe Stunde mehr zum Leben.

(3) 3. August:

»Kopf hell, Appetit gut; aber kaum Zuwachs an Kräften.«

August, September, Oktober:

»Mit meiner Genesung geht es sehr langsam, und ich vegetiere nur so hin, da mein Kopf noch sehr angegriffen ist.«

Muß »6—8 Wochen streichen« aus seinem Leben.

(3) 11. Oktober:

»Nach und nach fange ich an, mich wieder zu erholen und einen Glauben an meine Gesundheit zu bekommen, den ich seit 8 Wochen beinahe ganz verloren hatte. Auch zur Tätigkeit finden sich wieder Neigung und Kräfte, und diese, hoffe ich, wird das gute Werk vollenden; denn wenn ich mich beschäftigen kann, so ist mir wohl.«

16. Oktober:

»Jetzt kommt mit den Kräften auch die Lust zur Tätigkeit zurück.«

Digitized by Google

So recht erholt hat er sich überhaupt nicht mehr seit dem Anfall im Juli (»rote Ruhr«):

»Nicht nur den Sommer 1804 sondern auch den ganzen verwünschten Winter 1804/05 hindurch war ich krank und leidend.«

Charlotte:

»Husten, Katarrh und Fieberanfälle hatte er seit der letzten Krankheit beinahe immer (10); dreimal diesen Winter kam der Fieberanfall, und der letzte dauerte neun Tage...«

»Welche Veränderung in so kurzer Zeit«, ruft (10) im Herbst *Anschütz* aus, als er nach drei Jahren den Dichter wiedersieht.

September (3): Schon beim Schreiben weniger Zeilen ist er stark angegriffen.

Oktober: »vomiert«; aber dann Besserung.

16. Oktober:

»Mit meiner Gesundheit fängt es seit 8 Tagen an, merklich besser zu gehen; jetzt kommt mit den Kräften auch die Lust zur Tätigkeit zurück.«

22. Oktober:

»Mit meiner Gesundheit geht es jetzt wieder recht ordentlich und ich komme wieder in Tätigkeit.«

3. November: Sogar Hofball und Redoute mitzumachen, erlaubt die Gesundheit; es folgt allerdings ein Katarrh, »in einem schrecklichen Grade«, sodaß er »alle Geduld verlieren« möchte.

Über die Veränderung der Gestalt sei ein Wort Goethes aus dem Jahre 1804 angeführt:

»Wenn ich ihn drei Tage nicht gesehen hatte, so kannte ich ihn nicht mehr, so riesenhaft waren die Fortschritte, die er in seiner Vollendung machte.«

Das Todesjahr 1805.

Zu Anfang immerzu »fatales Schnupfenfieber«, das Mißstimmung hervorruft und »allen Lebensmut nimmt«. In keinem Winter noch war »soviel auszustehen wie in diesem«. Schnupfen, Fieberparoxysmen, dazu Blähungen und Verstopfungen machen völlige Mutlosigkeit.

12. Februar. Er ist so schwach, daß er nur mit Vossens Unterstützung (10) durch die Stube gehen kann. Eine Ohnmacht befällt ihn, daß er wie tot daliegt. *Voss* reibt Brust und Extremitäten mit Spiritus. Schließlich erholt er sich, nachdem seit 4 Tagen erstmals wieder Stuhlentleerung erfolgte.

»Die zwei harten Stöße, die ich nun in einem Zeitraum von 7 Monaten auszustehen gehabt, haben mich bis auf die Wurzeln erschüttert, und ich werde Mühe haben, mich zu erholen.«

25. Februar:

»Mein Fieber hat mich nun verlassen, und ich fange allmählich an, aufzuleben. Dies war ein schrecklicher Winter...«

25. April:

»Die bessere Jahreszeit läßt sich endlich auch bei uns fühlen, und bringt wieder Mut und Stimmung; aber ich werde Mühe haben, die harten Stöße zu

Digitized by Google

verwinden; indessen will ich mich ganz zufrieden geben, wenn mir nur Leben und leibliche Gesundheit bis zum 50. Jahr aushält.«

Die letzte Krankheit.

Am 29. April fährt Schiller das letzte Mal zum Theater, unterwegs äußert er noch zu Caroline von Wolzogen: sein Zustand sei ganz seltsam; in der linken Seite, wo er seit (10) langen Jahren immer Schmerz gefühlt, fühle er nun gar nichts mehr. Am Ende des Theaters packt ihn ein heftiges Fieber, sodaß ihm die Zähne klappern. Am Tag darauf liegt er matt auf dem Sofa, hohl tönt die Stimme, tief liegen die Augen im Kopf, »jeder Nerv zuckt krampfhaft«, am Abend treten Fieberphantasien auf. Dieser Zustand dauert 24 Stunden. Die weitere Schilderung sei der Biographie der Caroline v. Wolzogen entnommen:

»Er selbst schien sich auch nicht bedenklicher krank zu fühlen, als bei ähnlichen Anfällen. . . (10) Da das Sprechen seinen Husten vermehrte, suchten wir ihn ruhig zu halten... Der Demetrius beschäftigte ihn immerwährend, und die Unterbrechung dieser Arbeit beklagte er sehr. Bis zum sechsten Tage war sein Kopf ganz frei; er selbst schien nicht an nahe Gefahr zu glauben, und äußerte sogar, er habe in diesen Tagen viel über seine Krankheit gedacht, und glaube nun eine Methode gefunden zu haben, die seinen Zustand verbessern müsse... Am sechsten Abend fing er an, oft abgebrochen zu sprechen, doch nie besinnungslos. . . Als ich am Abend des siebenten zu ihm kam, wollte er, wie gewöhnlich, ein Gespräch anknüpfen, über Stoffe zu Tragödien, über die Art, wie man die höheren Kräfte im Menschen erregen müsse... Er schlummerte bald darauf ein, sprach aber viel im Schlaf. »Ist das eure Hölle, ist das euer Himmel?« rief er vor dem Erwachen; dann sah er sanft lächelnd in die Höhe ... den Morgen des achten hatte er leidlich zugebracht, still und oft schlummernd. Als ich gegen Abend kam, vor sein Bett trat, und fragte, wie es ihm gehe, drückte er mir die Hand und sagte »Immer besser, immer heitrer«... Er wollte die Sonne sehen... Sein treuer Diener, der die Nächte bei ihm zubrachte, sagte, daß er viel gesprochen, meist von Demetrius, aus dem er Scenen recitiert. Einigemal habe er Gott angerufen, ihn vor einem langsamen Hinsterben zu bewahren. Der Ewige erhörte seine Bitte. Am neunten früh trat Besinnungslosigkeit ein; er sprach nur unzusammenhängende Worte, meistens Latein.

Der Arzt hatte nötig gefunden, daß er ein Glas Champagner trinke, um die mehr und mehr sinkenden Kräfte zu heben. Es war sein letzter Trunk. Seine Brustbeklemmungen schienen nicht sehr schmerzhaft. Wenn er davon ergriffen, auf sein Kissen zurückfiel, sah er sich um, schien uns aber nicht zu kennen. Gegen drei Uhr trat vollkommene Schwäche ein; der Atem fing an zu stocken, . . . ich legte gewärmte Kissen auf die erkaltenden Füße. Es fuhr wie ein elektrischer Schlag über seine Füße; dann sank das Haupt zurück, und die vollkommenste Ruhe verklärte sein Antlitz; seine Züge waren die eines sanft Schlafenden. . .«

Sektions-Bericht.

(2) »1. Die Rippenknorpel waren durchgängig und zwar sehr verknöchert.

2. Die linke Lunge war mit der Pleura in dieser ganzen Brusthöhle so verwachsen und selbst mit dem Herzbeutel so ligamentartig verbun-

Digitized by Google

den, daß die Verwachsungen kaum mit dem Messer gut zu trennen waren. Diese Lunge selbst war faul, brandig und breiartig und, wie man sah, schon längst desorganisiert.

3. Die rechte Lunge war besser, doch aber durch und durch mit Eiterpunkten versehen. Sie sah aus wie Marmor, und bei Druck kamen an allen Punkten kleine Eiterpunkte zum Vorschein.
4. Das Herz stellte einen leeren Beutel vor und hatte viele Runzeln, war häutig, ohne Muskelsubstanz. Diesen häutigen Sack, der größer als im natürlichen Zustande war, konnte man in kleine Stücke ohne Gewalt zerpflücken.
5. Die Leber war natürlich, nur die Ränder brandig.
6. Die Gallenblase noch einmal so groß als im natürlichen Zustande. Die Blase von Galle strotzend.
7. Die Milz um zwei Dritteile größer als im natürlichen Zustande.
8. Der vordere konkave Rand der Leber mit allen naheliegenden Teilen bis zum Rückgrat verwachsen.
9. Die linke und rechte Niere in ihrer Substanz aufgelöst und völlig verwachsen.
10. Auf der rechten Seite waren alle Därme mit dem Peritoneum verwachsen, nicht so stark auf der linken Seite.
11. Urinblase und Magen nur waren natürlich.«

Die Sektion wurde vorgenommen durch Dr. *Huschke* in Gegenwart von Dr. *Herder*, wahrscheinlich am 10. oder 11. Mai

Pathologisch-anatomische Bemerkunen.

Es sind an Hand von mehreren Lehrbüchern, bes. »*Neumann*, Die Klinik der Tuberkulose Erwachsener« alle möglichen Formen der Tuberkulose eingehend durchgeprüft worden daraufhin, ob die Berichte über Schillers Krankheitserscheinungen damit übereinstimmen könnten. Im folgenden sollen diejenigen Formen, die in Frage kommen, kurz genannt werden:

Der Primärkomplex: Meist schon im Kindesalter dringen bei über 90% der Bevölkerung Tuberkelbazillen in die Lunge ein, setzen eine zelligfibrinöse Entzündung, die bald verkäst; ein Zellwall bildet sich um die käsig gefüllten Alveolen, so kommt es zur Bildung einer fibriösen bzw. hyalinen Kapsel.

Durch Abtransport des Materials über die Lymphwege kommt es neben dem Primärherd zur Lymphdrüsenaffektion; die beiden Prozesse zusammen sind der Primärkomplex; klinisch verläuft dieser Prozeß unter dem Bild einer »fiebrigen Regung« oder dgl., vgl. die »unspezifischen« Krankheitsbezeichnungen »ohne Bedeutung« aus der Schulzeit Schillers. Das eben war die große »Bedeutung«, daß der junge Organismus zu der Zeit erstmals befallen wurde von dem Gift, das schließlich in jungen Jahren seinem arbeitsreichen Leben ein allzufrühes Ziel setzen sollte.

Reinfektionsphthise. Ist erst die Infektion im Organismus drin, dann folgt der Kampf; entscheidend ist, ob der Körper die nötige Widerstandsfähigkeit aufbringt, die Krankheit nicht nur einmal zu überwinden, sondern dauernd niederzuhalten. Nun hatte Schiller eine schwere Malaria zu überstehen; eine heftige Grippeepidemie greift ihn an; dazu kommt kurz vor dem Ausbruch der Reinfektionsphthise die Gründung einer Familie mit quälenden Sorgen ums tägliche Brot, alles Momente, die die Abwehrkraft aufs

Digitized by Google

schwerste schädigen müssen. So erfolgt denn im Januar 1791 der erste Schub der Phthisis fibrocaseosa communis.

Es ist charakteristisch für diese Tuberkulose-Form, daß sie mit einem akuten Schub beginnt, in Schüben verläuft, daß sie auftritt, nachdem längst der Primärkomplex abgeheilt; nach einer Dissertation von *Hochheim* (8) 1929 fällt der erste Beginn bei $^2/_3$ der Fälle in die feuchtkalte Jahreszeit. Der akute Schub verläuft unter hohem Fieber, weil vom Primärkomplex her der Organismus unter hochgesteigerter Allergie steht. — Hier soll nicht gestritten werden, ob der erste Schub als bronchogene exogene Aspiration oder als endogene Reinfektion erfolgt. Zumeist ist der rechte Oberlappen ergriffen, auch bei Schiller. Es kommt zum hohen Fieber mit allen Symptomen der Grippe: Gliederschmerzen, Kopfschmerzen, auch alle Muskeln tun weh, allgemeines Mattigkeitsgefühl und Kraftlosigkeit erfordern Bettruhe; daneben kommt es zu einem kurzen trockenen hartnäckigen Husten. Frische Hämoptoe ist sehr selten (fehlt bei Schiller), sie besteht höchstens aus etwas rötlich gefärbten Sputumballen (vgl. die Krankheitsberichte!). Während des Fieberschubes kommt es zur raschen, wenn auch nicht restlosen Exfoliation des Tuberkuloseherdes, nach 1—2 Wochen erfolgt Kavernenbildung, und wenn die Giftmassen größtenteil entfernt sind (der »Auswurf« Schillers hatte um diese Zeit »guten Eiter«), tritt das Stadium der

1. Remission ein. Dabei bekommt der Kranke meist wieder einen wunderbaren Appetit (8), »sieht auch bald wieder sehr blühend und gesund aus, wenn auch für den Kennerblick des erfahrenen Arztes das gute rosige Aussehen durch die typische Beauté phthisique etwas wurmstichig und verdächtig erscheint. Das kurze Hüsteln des Morgens mit etwas Auswurf wird kaum vom Kranken selbst bemerkt ... so kann es monatelang fortgehen, ohne daß etwas Auffallendes geschieht. Aber im Verborgenen schlummert der Feind; denn der Kranke trägt nunmehr eine mehr oder weniger große Kaverne mit bazillenhaltigem Inhalt in sich, und eine körperliche Überanstrengung, ein Tanzvergnügen, eine Bergpartie ... kann durch Aspiration aus diesem Depot zu einem zweiten, wieder grippeähnlichen Schub führen, der ebenso ablaufen kann wie der erste, der aber auch der letzte sein kann, weil dadurch so große Teile der Lunge mit toxischem Material überschwemmt werden können, daß eine rasch tötende käsige Pneumonie daraus hervorgeht...« (zunächst bei Schiller noch nicht so ungünstig).

Der Ausgang der Phthisis fibrocaseosa communis: Bei günstigen Umständen kommt es zu einer gutartigen, mehr zirrhotischen Form, zur Phthisis fibrocaseosa communis secundarie fibrosa, wodurch das unheilvolle Ende noch lange aufgehalten werden kann; so bei dem Dichter. Tragisch ist dennoch, daß gerade bei der Form, die so glänzend auf entsprechende Therapie anzusprechen pflegt, damals alles versäumt wurde: Ruhe- und Mastkuren, chirurgische Kollapstherapie; im Gegenteil: Statt durch strenge Liegekuren wollte Schiller durch Ausritte, die er im Galopp durchzuführen pflegte, die Krankheit bessern.

Pleurite a répétition oder nach Bracke Pleuritis chronica recidivans ist eine Form, die zum Kreis der Reinfektionstuberkulosen gehört und besonders bei wiederholten Reinfekten beobachtet wird. Daß Schiller damit zu tun hatte, zeigt außer dem Sektionsbericht der klinische Verlauf (8). »Diese Pleurite a répétition verläuft nun in fieberhaften Schüben, die oft zur kalten Jahreszeit einsetzen und wobei Verkühlungen häufig ein auslösendes Moment zu

Digitized by Google

bilden scheinen. Es kommt zu Seitenstechen, das sich bei starken Atemzügen steigert und beim Husten direkt unerträglich wird. Es kommt zu trockenen Husten... Klingt der schmerzhafte oder Fieberschub ab, was meist nach 2—3 Wochen der Fall ist, dann bleiben oft noch subfebrile Temperaturen bestehen ... diese Form kann Veranlassung geben zu einer Herzneurose, zu allgemeiner Neurasthenie (vgl. den Brief vom 10. Dez. 1793) führen. Das sind die Fälle, in denen ein Landaufenthalt schon einen vollen Erfolg bringen kann.« *Hollo:* »... Am häufigsten aber sind die trockenen Pleuritiden, die sozusagen beständig bestehen und bald hier, bald dort zu geringen Auflagerungen, zu Verwachsungen (Sektionsbericht!!) führen und meist auch das äußere Pericard(!) ergreifen. Ihr Verlauf zeigt auf einem chronischen Boden kleinere, unberechenbare Schwankungen. Die Temperatur ist regelmäßig über das normale Niveau erhoben, zeigt oft akute Erhebungen...« Lange Zeit war des Dichters Befinden eben so »leidlich«, nur traten immer wieder Katarrhe, wohl Bronchitiden, auf; mit großer Wahrscheinlichkeit dürfen wir für diese Zeiten eine Tuberculosis caritaria stationaria annehmen; auch diese Form wird zu den Reinfektionsphthisen gerechnet. Die auffallende Neigung hierbei zu unspezifischen Bronchitiden ist nach anatomischen Untersuchungen *Schmorls* begründet durch Bronchitis deformans, die sich infolge Abheilung der Tuberculose einstellt (8). Aus *Neumann:* »Ist ein ausgedehnter fibröskäsiger Herd einer Spitze im Verlauf einer gewöhnlichen Phthise schon nach den ersten paar Schüben zur Ruhe gekommen und sind die käsigen Massen ausgestoßen worden, so entwickelt sich daraus ein Krankheitsbild, welchem man häufig begegnet, die Tuberculosis cavitaria, die stationäre Kaverne... Der Kranke bietet dabei ein gutes Aussehen, ... hat auch nur wenig Beschwerden, höchstens einen chronischen Husten, den er so gewohnt ist, daß er ihn kaum als krankhaft empfindet... Die Prognose derartiger Fälle ist sehr günstig. Durch lange Jahre erhalten sich die Patienten in leidlicher Gesundheit, ohne etwas von ihrem schweren Leiden zu wissen.« Immerhin bestehen Gefahren, z. B. Weiterausbreitung über die befallene Lunge usw.

Hämatogene Aussaat. Es ist nicht anzunehmen, daß bei Schiller die Tuberkulose organbeschränkt blieb; man kann zwar die Darm- bzw. Bauchfelltuberkulose auch als kanalikulär durch verschlucktes Sputum entstanden denken. Aber viel wahrscheinlicher werden doch die meisten Symptome erklärt, wenn man hämatogene Verschleppung annimmt. Es gibt neben der tödlichen Miliartuberkulose auch eine milde Form (8), die sich gerne versteckt »unter dem Bild einer Grippe, einer fieberhaften gastrischen Störung, eines leichten Typhus. Es gehört nach *Piéry* hierher die Ephemera, ... das Ermüdungs- und Überanstrengungsfieber«. So kann es leicht zu wiederholten miliaren Schüben kommen, zur miliaris discreta, die besonders gern wieder Polyserositiden macht, zu wiederholten Schüben von nicht tödlichem Charakter; dazu würde passen, was *Kretschmer* von der Tuberkulose der schizothym gebauten Menschen sagt: man träfe bei denen »Tuberkuloseformen an, welche durch immer wieder stattfindende hämatogene Bazilleneinbrüche entstehen, die nicht malign genug sind, um durch eine allgemeine Miliartuberkulose dem Leben ein rasches Ziel zu setzen.« Hier nun bekannte Einzelheiten aus Schillers Krankheitserscheinungen zu deuten, wäre fragwürdige Konstruktion. Es mag wohl nach hämatogener Aussaat zur Tuberculosis fibrosa diffusa gekommen sein, die ebenfalls mit Fieberschüben einhergeht, wobei die subjektiven Beschwerden selbst bei hohem Fieber relativ gering sind;

Digitized by Google

charakteristisch ist die starke Kurzatmigkeit, und diese Leute (8) »zeigen wiederholt Asthmaanfälle(!!), die mit dem Asthma nervosum eine große Ähnlichkeit haben«. Wenn bei einer Aussaat nun die Knötchen sich besonders dicht über den Spitzen zusammendrängen, ergibt sich die Tuberculosis fibrosa densa: »Die Kranken fühlen sich nicht ganz wohl, sind aber doch die ganze Zeit über arbeitsfähig(!!) (8). Dabei ist typisch für diese Form, daß sie so häufig vergesellschaftet ist mit Darmtuberkulose(!), und zwar der gutartigen, die zur Ausheilung neigt, auch gerne zum Ileocoekaltumor führt; trifft dies bei Schiller zu, dann wäre die Darm-Stenose, die er sicher hatte, so geklärt.

Bauchfelltuberkulose: Es handelt sich bei Schillers Beschwerden im Leib sicher um die adhäsivfibröse Form der Bauchfelltuberkulose; die Diagnose ist gesichert durch die Sektion. Ob hämatogen entstanden oder von einer ihrerseits kanalikulär herrührenden Darmtuberkulose bedingt, soll nicht entschieden werden. Sie erklärt alle Beschwerden, die der Dichter mit seinen Verdauungsorganen hatte; auch die Blasenstörungen (»die Natur verrichtet keines ihrer natürlichen Ämter anders als künstlich«) sind durch Erkrankung des die Blase überziehenden Bauchfelles zu verstehen(10).

Die letzte Krankheit war sicher ein pneumonischer Prozeß in der Lunge. Allgemein über derartige Prozesse sagt *Neumann:* »Hat jemand einen fibrösen Herd in der Lungenspitze oder eine kleine Kaverne und schont es sich nicht, dann kann es zu einer Toxinüberschwemmung aus dem tuberkulösen Herd heraus kommen, die sich in einer mehr oder weniger ausgedehnten Infiltration offenbart. Derartige Anlässe sind ferner berufliche Überarbeitung(!!), mangelhafte Nachtruhe(!), zu fleißiges, nächtelanges Studieren(!)...« Der Krankheitsverlauf bei Schiller stimmt ganz mit dem bekannten typischen Verlauf der spezifischen Pneumonie überein, sodaß Hinweise auf Einzelheiten an dieser Stelle überflüssig sind.

Es soll schließlich noch auf ein Ereignis hingewiesen werden, das bisweilen im Verlauf einer Tuberkulose auftritt, nämlich die Entstehung des Spontan-Pneumothorax. Die Beschwerden dabei stimmen doch sehr mit denen überein, die bei der Erkrankung am 8./9. Mai 1791 in Rudolstadt geschildert werden. Als gesichert sei diese epikritische Diagnose Spontan-Pneumothorax nicht gestellt; immerhin soll sie als sehr wahrscheinlich in den Kreis der Betrachtung gezogen werden.

Der Dichter hatte viel zu leiden an Kopfweh, das mag mit seiner Tuberkulose zusammenhängen; *Frisch* und *Schüler* sind sogar der Ansicht, daß Kopfschmerz oft als erstes Symptom der Tuberkulose in Erscheinung tritt (8); es sei bedingt durch eine gutartige Miliartuberkulose der Meningen oder durch tuberkulotoxische Einflüsse auf die Hirnhäute; diese toxischen Schädlichkeiten könnten herrühren von resorbiertem tuberkulösem Exsudat aus der Pleura oder dem Peritoneum. Zahnkaries kann auch mit dem Grundleiden in Beziehung stehen; nach Untersuchungen von Farjin-Fayolle weisen Fälle mit Tuberkulose um 50% mehr Zahnkaries auf als andersartige Kranke. »Auch *Ferrier* macht auf die Entkalkung des Zahnbeins bei manchen Phthisikern aufmerksam und beobachtete, daß es bei rasch fortschreitender Phthise zu einer ausgesprochenen Erweichung der Zähne kommen kann.«

Digitized by Google

Das Schaffen.

Die Jugendwerke, Die Räuber, Fiesco, Kabale und Liebe, Don Carlos sind wohl hauptsächlich von der inneren Entwicklung des Dichters her zu begreifen; deswegen bleibt deren Entstehung hier unberücksichtigt; wieweit die Malaria eine Rolle spielt, wurde oben schon erwähnt.

Wallenstein. »Die Idee zum Wallenstein« hatte den Dichter schon in den 80er Jahren gepackt, war sogar »vorherrschend«, wurde aber jäh unterbrochen durch den Ausbruch des ersten Schubs der Reinfektionsphthise, Januar 1791; aber in den Fieberphantasien dieser Erkrankung, so berichtet Frau Lotte, treten immer wieder Gestalten aus dem Dreißigjährigen Krieg auf. Indessen zur Arbeit daran kommt Schiller vorläufig nicht.

Erst in der Ludwigsburger Zeit geht er wieder an diesen Gegenstand; unter welch beschwerlichen Umständen, wurde S. 12 gesagt.

6) 4. Okt. 97 »an den Wallenstein gegangen«.

4. Nov. 97 »angefangen, den Wallenstein in Jamben zu machen«.

15. Aug. 98 »Die zwei letzten Akte W. Goethe vorgelesen«.

Das war eine »glückliche Zeit« in Schillers Leben, der Sommer und Herbst 1798; vorüber sind die Bronchitis mit Hustenreiz des Frühjahres, auch die schlafraubenden Darm-Spasmen vom Juni und Anfangs Juli; Schiller sitzt vor seinem Gartenhaus, blickt hinauf ins Mühltal, abgeschieden von aller Welt, das Haupt auf die Hand gestützt und sinnt; dann schreibt er an seinem runden Steintisch mit schönen, ruhigen Buchstaben Verse zum Wallenstein; am Abend spricht er mit Goethe darüber. Oder er schreibt in seiner Mansarde bis tief in die Nacht hinein, während die Lampe weit hinausleuchtet; drunten ziehen Studenten vorbei, spät von lustiger Kneipstunde heimkehrend, die sehen, »wie sein Schatten sich hin und her wandelnd bewegte«; dann mäßigen sie den Lärm und ziehen andachtsvoll vorüber. Eine durchaus glückliche Schaffensperiode.

8. Sept. 98 »Wieder an den W. gegangen«.

29. Sept. 98 »Wa. Lager ans Theater abgegeben«.

6. März 99 »I. u. II. Akt von W. Tod geendet«.

17. März 99 »W. geendigt«.

Eine ungeheure Arbeitsleistung wurde also in diesem März 1799 vollbracht; freilich war der Gesundheitszustand um die Zeit auch denkbar günstig.

Maria Stuart. An dem Tag, wo der Wallenstein beendet ist, schreibt Schiller:

»Mir dünkt, als wenn ich bestimmungslos im leeren Raum hinge. Zugleich ist mir, als wenn es absolut unmöglich wäre, daß ich wieder etwas (3) hervorbringen könnte.«

Digitized by Google

Aber nicht lange dauert das »Tasten nach Stoffen«:

6) 26. April 99: »Maria Stuarts Geschichte angefangen zu studieren«.

4. Juni 99: »M. angefangen auszuarbeiten«.

24./25. Juli 99: »1. Akt der Mar. fertig, 2. angefangen«.

26. Aug. 99: »2. Akt der M. fertig«.

27. Aug. 99: »3. Akt der M. angefangen«.

Wieder ist eine Periode, wo der Krankheitsprozeß in einem sehr gutartigen Latenzstadium verläuft, wo der Dichter selber seine Gesundheit rühmt und im Garten arbeiten kann, gründlich ausgenützt worden zur Gestaltung eines bedeutenden Dramas.

3. Sept. 99: »Pause in der Maria bis 1. Oktober«. Das hängt zusammen mit einer Reise und der notwendigen Arbeit am Almanach.

30. Sept. 99: »Wieder zur M. gegangen«. Noch dauert die Gutartigkeit des Prozesses an.

11. Mai 1800: »Habe ich die Schauspieler bei mir gehabt und 4 Akte vorgelesen«.

16. Mai 1800: »Habe den 5. Akt der M. vorgenommen«.

9. Juni 1800: »Maria Stuart geendigt«, und zwar in tiefer Waldeinsamkeit auf Schloß Ettersburg.

Die beiden Schaffenszeiten an der Maria Stuart sind durch über $^1/_2$ Jahr getrennt, innerhalb welcher Zeit Macbeth übersetzt wurde und zugleich eine schwere Exacerbation des Lungenprozesses erfolgte mit ganz schweren Allgemeinerscheinungen und wochenlang sich anschließendem Husten und Auswurf; sowie einigermaßen die Fähigkeit zur Arbeit wiedergekehrt ist, wird zunächst Macbeth vollendet, dann aber ist es im Mai gerade die Beschäftigung mit Maria Stuart, von der Schiller sagt, er befinde sich nie besser, als wenn sein Interesse an der Arbeit recht lebendig sei, und wo er geradezu sein gutes Befinden als »das Werk der Tätigkeit« bezeichnet.

Macbeth: siehe unter Maria Stuart; Macbeth ist bei denkbar ungünstigem Gesundheitszustand des Dichters innerhalb weniger Monate entstanden, im Frühjahr 1800; im April 1800 wurde das Drama vollendet.

Jungfrau von Orléans. Nach Vollendung der Maria Stuart hält der glückliche Gesundheitszustand an, nur einige Darm-Spasmen im folgenden Winter »beeinträchtigen den Fleiß«. So wird schon am 16. Juni 1800 der »Entschluß gefaßt, die Jungfrau von Orleans zu einer Tragödie zu machen«. (6) Im August: »Schema«, im September »beginnt Ausarbeitung«. In den Wintermonaten entstehen die ersten drei Akte, die am 11. Februar 1801 Goethe bereits vorgelesen werden können. Am 5. März zieht der Dichter nach Jena, um im Gartenhaus die eigens notwendige

Digitized by Google

Stimmung (vgl. Maria Stuart) zu finden und in Ruhe das Werk zu Ende zu bringen. Wie er am 1. April nach Weimar zurückkehrt, kann er in seinem Kalender vermerken: »4. Akt fertig«; und am 16. April steht dort: »Letzter Akt beendet«.

Braut von Messina. Es geht jetzt Schlag auf Schlag. Erst einige Wochen sind seit Vollendung der Jungfrau von Orleans verflossen und schon Ende Juni 1801 »fing das Stück an sich zu organisieren«. Dann allerdings folgt nach einer auf unglaublich kurze Zeit zusammengedrängten gewaltigen Arbeitsleistung eine Pause; sie ist einmal äußerlich bedingt durch Arbeiten fürs Theater, auch andere Pläne beanspruchen die Zeit, dazu kommen außerordentlich schwere Attacken von seiten der Darmtuberkulose, so im Dezember 1801, dann flackert im Frühjahr 1802 der Prozeß in der Brust wieder auf, wahrscheinlich als Pleuritis mit hartnäckigem Husten und schweren Allgemeinerscheinungen; erst Mitte August »hat sich der Husten weggemacht«; und schon im selben Monat schreibt Schiller von der »unwiderstehlichen Sehnsucht, eine Tragödie fertig zu machen«; am 15. November sind »1500 Verse fertig«; das Wohlbefinden hält an, wir hören für den Rest des Jahres überhaupt nichts von Krankheitserscheinungen; so werden im Januar 1803 die noch gelassenen Lücken in den ersten 4 Akten ausgefüllt; unter fleißigster Arbeit wird das Werk dann schnell zu Ende gebracht; am 1. Februar 1803: »fertig«. Eben noch rechtzeitig; denn schon im folgenden Monat plagt den Dichter »ein böses Hüft- und Schenkelweh« (vielleicht Poncet'sches Rheumatoid?) Im Mai wird dann noch die Vorrede zum Chor verfaßt.

Wilhelm Tell. Schon im März 1802 fühlte sich Schiller von dem Stoff »mächtig angezogen«; zuerst mußte er Abstand nehmen. Unterm 25. 8. 03 steht in seinem Kalender: »diesen Abend an den Tell gegangen«; der heiße August, unter dessen drückender Hitze die Schaffenskraft notleidet, neigt sich zu Ende; aber besser wird es nicht mit dem körperlichen Wohlbefinden; konnte Schiller im August nicht einmal »vor die Türe gehen« wegen der drückenden Hitze, so plagt ihn die nächsten Monate »Katarrh« (wohl Bronchitis?), sodaß er wieder sich ein- und abschließt — siehe oben den Brief an Goethe vom November 1803. So schließt er sich denn ein in seine Stube, deren Wände vollgeklebt sind mit Karten aus der Schweiz, die Tische sind voll Bücher über Tells Heimatland; er setzt sich hin und schreibt und steht nicht eher auf, als bis die vorgenommene Szene fertig ist. (1). Wenn ihn Müdigkeit überfällt, legt er den Kopf auf die Hand und schläft. So bringt er den Winter 1803/04 zu; er arbeitet am Tell nicht aktweise fort, sondern führt die verschiedenen Handlungen in ihrem Zusammenhang durch alle fünf Akte durch. Der

Digitized by Google

körperliche Zustand, den er einmal im Januar als »leidlich« bezeichnet, darf diesmal nicht hindern an der rastlosen Tätigkeit, nur der Besuch der Frau von Staël im Januar lenkt ab, und Herders Tod, auch im Januar, verdüstert den Schöpfer des Tell. Doch empfängt Goethe den ersten Akt noch im Januar 1804, und bereits am 18. Febr. 04 schreibt Schiller: »Den Tell geendigt«. Aber dann ist viel Kraft verbraucht; »mir ist, als habe ich eine große Krankheit ausgestanden« (3) schreibt er Ende Februar an Goethe, auch habe er sich »seitdem ich Sie bei der Leseprobe zum letztenmal gesehen, gar nicht wohl befunden«.

Demetrius. Die ganze Welt feiert den Schöpfer des Wilhelm Tell; den aber drängt es zur ruhelosen Weiterarbeit, gleich als ahnte er, daß ihm nur kurze Zeit zur Arbeit noch vergönnt sei; bereits am 10. März 04 entschließt er sich zum Demetrius, mit dem er vor fünf und vor drei Jahren schon einmal sich kurz befaßt hatte. Auch diesmal muß die Ausführung wegen der Berliner Reise und anschließender Krankheit aufgeschoben werden. Darmblutungen (»rote Ruhr«), vielleicht Ulcusperforation (gedeckt?) oder ileusartige Beschwerden infolge Stenose werfen im Juli 1804 den nach seinem Werk Trachtenden brutal nieder, sodaß der Hausarzt Stark selber »keine halbe Stunde mehr gibt«. Er verliert »allen Glauben an die Gesundheit«; und doch darf er noch einmal teilweise genesen und wieder schaffen; so entsteht anläßlich des Einzugs der russischen Kaisertochter nach Weimar vom 4.—8. November die »Huldigung« der Künste; und dann folgt die Arbeit der letzten Monate am Demetrius bis wenige Tage vor dem Tod; »im März 1805 ringt er dem siechen Körper noch den Torso des Werkes ab«; der Monolog der Mufa lag nach des Dichters Tod auf seinem Schreibtisch. Die Arbeit an diesem letzten Werk ist nicht mehr ein freudiges, gar anregendes Schaffen, es ist ein verzweifeltes Ringen mit dem von Krankheitsgiften überschwemmten Körper. Reisefieber ergreift ihn um diese Zeit, Sehnsucht nach dem Meer, viel neue Pläne tauchen auf, an Körner schreibt er, er wolle noch eine Dichtung machen, eine »Hymne an das Licht«, andere Fragmente entstehen im letzten Jahr wie Seedramen, Prinzessin von Zelle, Tod der Aggrippina, Oper Rosamunde oder die Braut der Hölle; es ist ein fiebriges Schaffen (1);

»an die Stube gefesselt war der sieche Körper, aber in fremdeste Fernen zog erobernd die hohe kündende Kraft der Seele. Die Gestalten Spaniens, der Niederlande, Frankreichs, Englands, Italiens, der Schweiz hatte sich seine poetische Herrscherkraft zu eigen gemacht; nun trug es ihn noch weiter, unermeßlich weit. Die ganze fremde Welt des Demetrius erfrischte und belebte, wie ein Trunk, bereitet aus starken Spezereien fernen Märchenlands. ... Mit leidenschaftlicher Liebe ist dieser Plan gefaßt, das Schwanken und Zweifeln über Form und Inhalt wird überwunden. Er hat den Stoff gebändigt.«

Digitized by Google

Oft arbeitet er bis zu 14 Stunden an seinem letzten Werk, von dem ein Literaturforscher schreibt:

»Daß Demetrius Fragment geblieben, gehört zu den größten Verlusten der dramatischen Dichtung.«

Gigantisch ist der Wettlauf mit dem nahenden Tode um den Demetrius; aber der Tod ist schneller gewesen.

Krankheit und Schaffen.

Bestehen Wechselwirkungen?

Jetzt soll gezeigt werden, wie bei dem Dichter Leiden und Wirken aufs innigste in jeder nur denkbaren Weise miteinander verflochten sind, wie einmal von der Krankheit her das Schaffen beeinflußt wird, sowohl positiv wie negativ, und wie zum andern die Arbeit einwirkt auf die Erkrankung, auch wieder fördernd und zerstörend. In 4 Schlagzeilen seien alle Möglichkeiten der Wechselwirkung genannt und weiter unten einzeln erörtert.

1. Die Krankheit steht dem Schaffen hemmend im Wege.
2. Krankheit fördert das Schaffen.
3. Das Schaffen drängt die Krankheit zurück.
4. Das Schaffen fördert die Krankheit.

1. Das ist zunächst am meisten einleuchtend, daß Krankheit das Arbeiten hemmt. Schon der Eleve Schiller weiß es:

»Wenn der Körper leidet, so leiden auch mit ihm die Kräfte der Seele, und der Wille wird durch Leibesschwachheiten öfters gehindert, in Erfüllung zu gehen.«

Noch oft in seinem kurzen Leben muß er diese frühzeitige bittere Erkenntnis bestätigt finden; so klagt er im Winter 1792 an Körner über die vielen schlaflosen Nächte (3), die gewöhnlich die Vormittage rauben, »so verliere ich viel Zeit«. Und im April des darauffolgenden Jahres ist ihm wegen seines Leidens (3) »alle Lust am Denken und am Schreiben verdorben«, sodaß »von drei Tagen immer zwei verloren« sind.

»Hätte ich drei gesunde Monate, so sollte er (der Wallenstein) (3) vollendet sein, aber meine Unpäßlichkeit...«,

so ruft er im Dezember 1797 aus. Und wie ihn im Februar 1805 Darmstenose mit Meteorismus und Obstipation übel plagen, klagt er:

»Ach! die verwünschten Verstopfungen! Sie rauben mir alle Jahre 2 Trauerspiele, die ich ohne sie schreiben würde.«

2. Ob die Krankheit das Schaffen auch fördern kann? Der Dichter Garve ist schwerkrank. Schiller ist nahe befreundet mit ihm, besucht ihn daher; es ist im November 1797, er hat selber schlimme Zeiten hinter sich; da gibt er dem kranken Dichterfreund ein Wort zum Trost: »Auch die Kränklichkeit ist zu was gut; ich habe ihr viel zu danken.« So prägt auch der Kliniker *Felix Kempnerer* den merkwürdigen Satz,

Digitized by Google

»... daß Schiller, hätte er den Tuberkelbazillus schon gekannt und all unser heutiges Wissen um die Tuberkulose gehabt, hätte es zu seiner Zeit schon Lungensanatorien gegeben, möglicherweise ein paar Jahre länger gelebt, aber seinen 'Wilhelm Tell' und das 'Lied an die Freude' vielleicht nicht geschrieben hätte.«

Hier muß ein Urteil Wilhelm von Humboldts über Schiller genannt werden:

»... Von ihm konnte man wirklich sagen, daß er die Krankheit in dem Körper verschlossen hielt. Denn zu welcher Stunde man zu ihm kommen, wie man ihn antreffen mochte, so war sein Geist ruhig und heiter und aufgelegt zu freundschaftlicher Mitteilung und interessantem und tiefem Gespräch. Er pflegte sogar wohl zu sagen, daß man besser bei einem gewissen, doch nicht zu angreifendem Übel arbeite, und ich habe ihn in solchen wirklich sehr unerfreulichen Zuständen Gedichte und prosaische Aufsätze machend gefunden, denen man diesen Ursprung gewiß nicht ansah.« (10).

Nach den zwei heftigen Schüben, im Verlauf des zweiten Remissionsstadiums, im Mai 1791, sagt Schiller rückblickend selber:

»Überhaupt hat dieser schreckliche Anfall mir innerlich sehr gut getan. Ich habe dabei mehr als einmal dem Tod ins Gesicht gesehen, und mein Mut ist dadurch gestärkt worden.«

Sicherlich also geht davon befruchtende Wirkung aufs Schaffen aus. Es darf hier auch darauf verwiesen werden, daß die Fieberphantasien der Malaria sich mit der Verschwörung des Fiesco beschäftigten und daß Gestalten aus dem 30jährigen Krieg auftraten in den Fieberträumen bei den ersten Schüben der Reinfektionsphthise 1791 im Januar.

3. Das Schaffen drängt die Krankheit zurück. Bis jetzt war von den Einwirkungen der Krankheit des Körpers auf das Werk, das doch eine geistige Funktion darstellt, die Rede. Nun steht zur Frage, ob nicht umgekehrt vom Geist auch Wirkungen auf den körperlichen Zustand nachweisbar sind, wie es im Wallenstein sehr bestimmt ausgedrückt wird: »Es ist der Geist, der sich den Körper baut.«

Zu dieser Frage äußert der Dichter sich selber, wenn er während der Arbeit an der Maria Stuart im Mai 1800 feststellt:

»Ich befinde mich nie besser, als wenn mein Interesse an einer Arbeit lebendig ist (3). Ich habe auch deswegen(!!!) schon zu einer neuen Anstalt gemacht.«

(Gemeint ist mit der »neuen« die Jungfrau von Orleans.) Noch im Oktober 1804 bestätigt er diese Erfahrung und preist die Arbeit geradezu als Heilmittel:

»Denn wenn ich mich beschäftigen kann, so ist mir wohl.«

Eine Schilderung an Karl Wilhelm Ferdinand von Funck, die an Körner gerichtet ist, gehört hierher (10), sie stammt aus dem Jahre 1796:

»Oft sieht man ihm sein körperliches Leiden an, besonders wenn ihn

Digitized by Google

die Suffokationen anwandeln. Wenn es zu arg wird, geht er hinaus und braucht irgend ein Palliativ. Kann man ihn in solchen Momenten in eine interessante Unterredung ziehen, kann man besonders etwa einen Satz hinwerfen, den er auffaßt, zerlegt und wieder zusammensetzt, so verläßt ihn sein Übel wieder, um sogleich zurückzukommen, wenn an dem Satz nichts mehr zu erörtern übrig ist. Überhaupt sind ihm anstrengende Arbeiten das sicherste Mittel für den Augenblick. Man sieht, in welcher ununterbrochenen Spannung er lebt und wie sehr der Geist bei ihm den Körper tyrannisiert, weil jeder Moment geistiger Erschlaffung bei ihm körperliche Krankheit hervorbringt.«

4. Das Schaffen fördert die Krankheit, untergräbt die Gesundheit.

Das ist wieder einleuchtend auf den ersten Blick. Das wußte schon Schillers Hausarzt *Stark*, als er im Sommer 1791

»jede Anstrengung des Geistes und also auch den größten Teil der schriftstellerischen Arbeiten«

ausdrücklich verbot, ebenso auch die Vorlesungen; denn

»das Feuer, mit dem er deklamiert, greift seine schwache Lunge zu sehr an.«

(10). Auch Goethe bemerkt einmal zu Eckermann darüber: »Schiller war auch beständig krank. Als ich ihn zuerst kennen lernte, glaubte ich, er lebe keine 4 Wochen. Aber auch er hatte eine gewisse Zähigkeit; er hielt sich noch die vielen Jahre und hätte sich bei gesünderer Lebensweise noch länger halten können.«

Nun, seine ungesunde Lebensweise, sie bestand eben im nächtelangen Arbeiten, in 14stündigem Schaffen; das war Raubbau an der Gesundheit; dieses Übermaß an Arbeitsleistung ergibt schließlich eine für den Kliniker geradezu typische Anamnese eines pneumonischen Prozesses bei bestehender Phthisis pulmonum; so hat doch letzten Endes das schier übermenschliche Schaffen beträchtlich mitgeholfen, den Dichter allzu früh seinem irdischen Wirken zu entreißen.

Probleme.

Es bleiben einige Fragen, die zu lösen der Verfasser dieser Arbeit sich nicht für geeignet hält.

1. Wie die krankheitsbedingte seelische Verfassung sich widerspiegelt in der Dichtung.

(5) Es gibt eine Arbeit von Menzel

»Die Frühdiagnose der beginnenden Lungentuberkulose im Hinblick auf die morbide Persönlichkeit des Erkrankten.«

Darin wird bei bestimmter Form der Erkrankung ein bestimmtes seelisches Verhalten des Erkrankten festgestellt, das sogar zur Differentialdiagnose herangezogen werden könne. *Neumann*, der doch über große Erfahrung verfügt, stimmt übrigens auf Grund eigener Beobachtungen dieser Anschauung zu. Es werden vor allem drei Gruppen von Tuberkulose unterschieden:

Digitized by Google

a) die durchaus gutartige Form; die daran leiden, sind typische Schwindsucht-Hypochonder bzw. überängstliche Tuberkuloseneurotiker. Dabei denkt man an Schillers seelischen Zustand, als ihm ein Freund an Tuberkulose gestorben, wo er in einer Stimmung der Lebensverachtung und Todessehnsucht seine »Leichenphantasien« dichtet und die »Melancholie an Laura«, wo er 1780 seiner Schwester Christophine schreibt:

»Ich freue mich nicht mehr auf die Welt und ich gewinne alles, wenn ich sie vor der Zeit verlassen darf. Ich bitte dich, Schwester, wenn es geschehen sollte, so sei klug... Du weißt nicht, wie ich so sehr im Innern verödet, zerstört bin.« (7)

b) Eine zweite Gruppe von Tuberkulösen stellen die dar, bei denen der Krankheitsprozeß gerade in einer virulenten Proliferation verläuft; sie zeigen eine ausgesprochene optimistisch-euphoristische Einstellung. Es ist nun — einmal rein zeitlich gesehen — durchaus möglich, daß Schillers »Seid umschlungen Millionen, diesen Kuß der ganzen Welt« eben einer solchen Stimmung entspringt....

c) Eine dritte Gruppe sind die mit einer Phthisis fibrocaseosa, denen jede Krankheitseinsicht mangelt, die eine unbekümmerte Lebensgier und Lebensfreude aufweisen, die Belehrungen des Arztes lachend in den Wind schlagen, dabei aber — der somatischen Beauté phthisique vergleichbar, doch

»ein Verwesungsbukett über dem schäumenden Wein dieser scheinbar übersprudelnden Lebensfreudigkeit«

bieten. Nun, Schiller hat auch dieses Stadium der Tuberkulose durchgemacht, wohl zu einer Zeit, wo das Reiterliedchen entstand, 1798; und bei der Schilderung *Menzels* fallen doch schon unwillkürlich die Zeilen ein:

»Drum frisch, Kameraden, den Rappen gezäumt,
Die Brust im Gefechte gelüftet.
Die Jugend brauset, das Leben schäumt...«
»Wir reiten dem Schicksal entgegen keck;
Trifft es heute nicht, trifft es doch morgen.
Und trifft es morgen, so lasset uns heut
Noch schlürfen die Neige der köstlichen Zeit...«

Freilich dies sind Andeutungen, zunächst unbewiesen, sollen keine gesicherten Behauptungen darstellen.

2. Schillers körperliches Aussehen ist auf mehreren Bildern festgehalten, oft beschrieben; es hat sich häufig verändert, indem er etwa einmal als bleich wie ein »Marmorbild« beschrieben, dann wieder blühend gefunden wird usw. Diesen Veränderungen im Zusammenhang mit der Erkrankung im einzelnen nachzugehen, muß eine reizende Aufgabe sein für denjenigen, der Erfahrung hat in der Beurteilung der Kranken hinsichtlich des Stadiums der Krankheit.

Digitized by Google

3. »Tuberkulose, Charakter und Handschrift« ist der Titel einer Schrift (11), von *W. Schönfeld* und *R. Menzel* 1934 herausgegeben, die der Verfasser dieser Arbeit durchgearbeitet hat, um Schillers Handschrift daraufhin zu untersuchen. Aber er möchte sich ein Urteil nicht erlauben, weil ihm auch hierin die Erfahrung abgeht; nur hingewiesen sei auf Schillers letzte Schriftzüge; die letzten Zeilen aus seiner Hand betreffen den Demetrius:

»Du ew'ge Sonne, die den Erdenball
Umkreist, sei du die Botin meiner Wünsche...«

In der Biographie von *Gleichen-Russwurm* steht darüber (1): »Schillers Schrift, die immer großzügig, von deutlicher Anmut gewesen, erhebt sich gleichsam in seiner letzten Handschrift, im Demetriusmanuskript, über sich selbst. Sie idealisiert jeden einzelnen, in gewohntem Zug geschriebenen Buchstaben, und statt durch Schwäche des drohenden Endes zitternd unbestimmt zu werden, wie man voraussetzen könnte, ist sie merkwürdigerweise fester und ruhiger, von unbeschreiblicher Ruhe und Majestät...«

4. Das Leib-Seele-Problem in Schillers Leben. Diese ganze Arbeit geht ja darum; nur bleibt noch immer die Frage: Welches sind denn die Wege oder die Möglichkeiten der innigen Beeinflussung von Leib und Seele aufeinander? Wir wissen es nicht oder wir pflegen eben zu sagen: Das geht über das vegetative Nervensystem. Was die Wirkung der Krankheit auf das Schaffen des an Tuberkulose leidenden Dichters anlangt, so seien hier ganz schlicht und bescheiden die Ansichten einiger Autoren angeführt, nach denen eine verblüffend einleuchtende Wechselbeziehung noch anders verstanden werden könnte, nämlich über tuberkulotoxische Anregung der Schilddrüsentätigkeit, dadurch könnte es dann zu allgemeiner Anregung kommen, eben zu der »Art Fieberzustand«, mit dem Schiller selbst das »Interesse an seinem Geschäft« vergleicht; so wäre auch erklärt, wie es kommt, daß der Dichter besser arbeitet »bei einem gewissen Übel«.

Kocher, der Altmeister über Schilddrüsenfragen sagt, daß »das Tuberkulosetoxin zweifellos auf die Schilddrüse wirkt« und »im Anfang einer Tuberkulose, oft noch bevor diese manifest wird, zu ... Symptomen eines Hyperthyreoidismus führt«.

Chvostek:

»Die Symptome des Basedow sind in vielen Fällen die ersten Äußerungen einer Tuberkulose, die dann nur später offenbar wird.«

Neumann behauptet auch S. 261, daß

»die akute (8) Überschwemmung der Schilddrüse mit Tuberkelbazillen oder Toxine zu einer gesteigerten Funktion derselben führt...«

Noch viele Autoren könnten angeführt werden, die sich im gleichen Sinne äußern.

Sehr alt ist an sich das Wissen um Zusammenhänge zwischen Seele und Leib, man hat es eine Zeitlang vergessen, und in unserer Zeit besinnt man sich wieder stark darauf.

Digitized by Google

Wie im einzelnen auch die Beziehungen zwischen Seele und Leib zu denken sind, sicher ist, und Schillers Leben beweist es, sie sind da. Und schon der junge Medizinstudent Schiller hing gerne seinem »Lieblingsgedanken« nach, nämlich dem »genauen Band zwischen Körper und Seele«. Mit dieser Frage beschäftigt er sich sogar in seiner Dissertation, wo er von zwei gleichgestimmten Saiteninstrumenten als Leib und Seele spricht:

»Wenn man eine Saite auf dem einen rühret und einen gewissen Ton angibt, so wird auf dem andern eben diese Saite freiwillig angeschlagen und eben dieser Ton nur etwas schwächer angeben... Der Mensch ist nicht Seele und Körper, der Mensch ist die innigste Vermischung der beiden Substanzen.«

Literaturverzeichnis.

1. *Gleichen-Russwurm,* A. v.: Schiller, Die Geschichte seines Lebens. Stuttgart 1913.
2. Jahrbuch der Sammlung Kippenberg. 6. Band, 1926. Inselverlag zu Leipzig.
3. *Jonas, Fritz:* Schillers Briefe. Kritische Gesamtausgabe. Deutsche Verlagsanstalt. Stuttgart, Leipzig, Berlin. Band I, II, III, IV, V, VI, VII.
4. *Kretschmer, E.:* Körperbau und Charakter. Berlin, Julius Springer 1922.
5. *Menzel:* Die Frühdiagnose der beginnenden Lungentuberkulose im Hinblick blick auf die morbide Persönlichkeit des Erkrankten. Med. Welt 1928, Heft 4.
6. *Müller, Ernst:* Schillers Kalender 1893.
7. —: Schiller. Intimes aus seinem Leben. Berlin 1905.
8. *Neumann, Wilhelm:* Die Klinik der Tuberkulose. Erwachsener. 1930.
9. *Strich, Fritz:* Schiller. Sein Leben und sein Werk. Berlin 1928.
10. *Petersen, Julius:* Schillers Persönlichkeit. Urteile der Zeitgenossen und Dokumente. Band I, II, III. Weimar 1908.
11. *Schönfeld, V.* u. *Menzel, K.:* Tuberkulose, Charakter und Handschrift. 1934.

Digitized by Google

(Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik Freiburg.)
[Direktor: Professor Dr. *Beringer*.]

Beitrag zu den klinischen und erbbiologischen Beziehungen bei der Huntingtonschen Chorea an Hand eines bisher noch nicht erfaßten Falles[1]).

Mit 1 Stammtafel.

Von

Anna Momcke Bruhn.

Im Folgenden sei über eine bisher noch nicht bekannte *Huntington*sche Chorea-Familie berichtet. Wir haben uns bemüht, im Sinne Kehrers den Beziehungen »zu anderen neurologischen und nichtneurologischen Erscheinungsformen bei jedem dieser Kranken und seiner Blutsverwandten« genealogisch und klinisch nachzuspüren.

Wie ein Blick auf die Tafel des Stammbaumes zeigt, handelt es sich um eine weitverzweigte Familie. Ihre Glieder sind im wesentlichen in verschiedenen Ortschaften eines weiten Schwarzwaldtales und den umliegenden Einzelhöfen seßhaft. Abgesehen von den Angaben, welche von den Kranken selbst zu erhalten waren, wurde versucht, durch Erkundigungen an Ort und Stelle bei Verwandten und bei Bekannten der Probanden diese zu ergänzen und weiterzuführen. Fernerhin wurden, soweit möglich, amtliche Unterlagen und die Kirchenbücher herangezogen, um eine breite und zugleich verläßliche Grundlage zu bekommen. Durch zahlreiche Rück- und Umfragen sowie durch persönliche Besprechungen wurden so alle Wege einer Klarstellung, die sich boten, im Rahmen des Möglichen beschritten.

Leider gaben die Kirchenbücher nur rein genealogischen Aufschluß über die Aszendenz und die Seitenverzweigung. Vor 1900 enthalten die Aufzeichnungen in Kirchenbüchern keine Nebennotizen über Persönlichkeit, Krankheit oder Todesursache. Ein glücklicher Zufall ließ eine familiengeschichtlich sehr interessierte und geistig höchst regsame 82jährige Verwandte des Ausgangsprobanden finden, die über die zurückliegenden Geschlechter wertvolle Angaben machen konnte. Da sich ihre Zeitangaben nach-

[1]) Dissertation, angenommen von der Medizinischen Fakultät der Universität Freiburg i. Br.

Digitized by Google

prüfen und als richtig feststellen ließen, so glauben wir uns auch berechtigt, ihre sonstigen Angaben als verläßlich und verwertbar halten zu dürfen.

Im übrigen ist es aber schon an sich bei der zurückhaltenden, den Fremden gegenüber leicht mißtrauischen Art der Bevölkerung dieses Tales nicht leicht, sie zum Sprechen und vor allem zum Bericht über die eigene Familie zu bringen. Gesteigert wurde die Zurückhaltung noch durch mancherlei Besorgnis, daß der Familie durch eingehende Auskünfte über Krankheiten Nachteile erwachsen könnten.

Erschwerend, wie so häufig bei der Erforschung von Stammbäumen, war auch hier die Klarstellung bezüglich unehelicher Kinder. Ein Teil dieser war durch Adoption mit anderen Namen belegt, ohne daß man Vermerke hierüber vorfand, sodaß deren weiterer Verbleib nicht verfolgt werden konnte. Es ist also durchaus möglich, daß hier noch unter diesen nichterfaßten Nachkommen Krankheitsfälle auftreten, die sich unserer Kenntnis entzogen. Eine Fehlerquelle, mit der man immer wieder zu rechnen haben wird.

Ausgangsfall, der zur ganzen Untersuchung Anlaß gab, war Pius Gang.

Dieser entstammt einer Reihe von 9 Geschwistern.

Es scheint uns am zweckmäßigsten, zunächst die ganze Geschwisterreihe dem Alter nach anzuführen.

1. Fridoline Romberg, geb. Gang, geb. 1874, gestorben 1935.

Sie machte eine normale Entwicklung durch, war ein lebhaftes, lustiges, humorvolles und aufgewecktes Kind, lernte leicht und gern. Im Umgang mit anderen stets gesellig, gutmütig, hilfsbereit. Nach der Schulentlassung zunächst im Elternhaus, dann in verschiedenen Stellungen auf dem Lande bis zur Verheiratung mit 26 Jahren. Keine Kinder, keine Fehlgeburten. Abgesehen von Rippenfellentzündung 1901 und 1902 gesund. In den letzten Lebensjahren etwas stiller geworden, aber ohne daß von depressiven Zuständen gesprochen werden kann. Ende Dezember 1934 Magenbeschwerden mit Erbrechen, Januar 1935 Operation wegen Magenulcus, starb am 7. Februar 1935. Sektion konnte nicht gemacht werden.

Vor etwa 10 bis 12 Jahren begann bei ihr eine langsam wachsende motorische Unruhe. Wie die Verwandten angaben, konnte sie die »Füße nicht einen Augenblick ruhig halten beim Stehen, sie trat immer von einem Fuß auf den andern, beim Sitzen scharrte sie ständig hin und her, auch in der Kirche konnte sie nicht mehr ruhig sitzen«.

Sie wurde von Privatdozent Dr. *Ruffin* konsiliarisch in der Chirurgischen Klinik gesehen. Dabei zeigte sie eine hochgradige Bewegungsunruhe in Armen und Beinen, besonders stark im Bereich des Schultergürtels. Außerdem unausgesetzte leichte Drehbewegungen mit dem Kopf; beim Sprechen deutliche hyperkinetische Mimik mit Verziehen des Mundes, Runzeln der Stirne, zeitweise groteskes Grimassenschneiden.

Körperlich, abgesehen von 3 Strumaknoten im rechten Schilddrüsen-

Digitized by Google

lappen von Gänseeigröße und harter Konsistenz nichts Besonderes zu erwähnen. Wa.R. negativ.

2. Karoline Gang, geboren 1875, ledig.

Normale Geburt, Masern, durchschnittliche körperliche und geistige Entwicklung. Regelrechter Schulbesuch, nicht sitzen geblieben. Nach der Schulzeit 2 Jahre in Dienst, dann zu Hause, bewohnt seit Tod der Eltern ein kleines Haus, handelt mit Butter und Eiern. Galt von jeher als »schwierig«, »anders als andere Leute«, »eigen«, »böse«. Vertrug sich mit den Geschwistern nicht, war schon als Kind streitsüchtig, schlug sich herum, war wegen ihres mißgünstigen, starrköpfigen, anpassungsunfähigen Wesens allgemein unbeliebt. Mit Männern wollte sie nie etwas zu tun haben. Zum Heiraten hatte sie keine Lust, blieb lieber für sich. Sie kam 1935 in die Psychiatrische und Nervenklinik wegen eines angeblichen »Verwirrtheitszustandes«, der nach einem Schreck aufgetreten sei. Sie wurde von einem Auto gestreift. In der Klinik bot sie keine Zeichen einer Verwirrtheit, stellte sich anfänglich etwas pseudodement, die Exploration ergab einwandfrei, daß sie in ganz gerissener, bewußter Weise »aus dem Unfall« eine Rente herauszuschlagen versuchte.

Von Anfang an fiel ihre Motorik auf. Es bestanden leicht drehende Bewegungen um die Wirbellängsachse. Bei längerer Unterhaltung, vor allem auch wenn man sie affektiv etwas reizte, steigerten sich diese in erheblichem Ausmaß, wobei es zu ruckartigen Halsbewegungen mit Drehen des Kopfes kam. Häufig erinnerte der Bewegungsablauf an einen futtersuchenden Vogel, der den Hals ruckartig vor- und zurück streckt. Zugleich wurden die Schulterblätter unter Drehen der Wirbelsäule bald erhoben, dann wieder gesenkt, oft einseitig, dann wieder doppelseitig. Die Extremitäten hingegen zeigten keine hyperkinetischen Erscheinungen, ebenso wenig die Mimik.

Das Ausmaß der Hyperkinese wechselte, war zeitweise so gering, daß man das ganze noch als starke Verlegenheitsbewegungen hätte deuten können, dann aber wieder so ausgesprochen, daß sie ein grotesk hyperkinetisches Bild bot.

Ihr selbst fiel die Bewegungsunruhe nicht weiter auf; wann sie einsetzte, war nicht von ihr zu erfahren.

Die neurologische Untersuchung ergab im übrigen sonst keine pathologischen Zeichen. Die Wassermannsche Reaktion war negativ. Blutdruck 155/90 mm Hg.

3. Josef Gang, geboren 1. April 1878, gestorben 4. 5. 1878. Todesursache unbekannt.

4. Pius Gang, geboren am 12. Juli 1879, Landwirt. (Proband.)

Normale Kindheitsentwicklung. Über frühpsychopathische Eigentümlichkeiten ist nichts zu erfahren. Mittlerer Schüler. Nach der Schule in der väterlichen Landwirtschaft tätig, aktiv gedient, 1914 eingezogen, zunächst wieder entlassen, 1916 zum zweitenmal eingezogen, bis 1918 an der Front, nicht verwundet oder verschüttet. 1920, mit 41 Jahren, Heirat; keine Kinder.

P. hat einen Hof in Pacht, auf dem er recht kümmerlich lebt. Er wurde 1935 in die Psychiatrische Klinik eingewiesen wegen »hochgradiger Nervenschwäche und Depressionszuständen, zeitweiliger Gereiztheit und Gewalttätigkeit gegen seine Umgebung, sowie Äußerungen über Selbstmordabsichten«.

Wann bei ihm erstmalig hyperkinetische Erscheinungen auftraten, ist

Digitized by Google

nicht ganz klarzustellen, die Angaben der (debilen) Frau sind wenig verwertbar, da sie alles auf den Krieg bezieht. P. selbst berichtet, daß er vor 4 Jahren erstmals ein »Zittern« am Körper verspürt habe und daß er dann nervenkrank geworden sei. Wenige Tage vor der Einlieferung habe es ihm infolge der Aufregungen, die er wieder hatte, in den Armen und Beinen gezogen und gerissen, »daß alle Sehnen und Muskeln hervorgesprungen sind«. Er könne nicht mehr ruhig sein, Glieder und Kopf müsse er immer bewegen. — Nach Angabe eines jüngeren Bruders soll die Bewegungsunruhe bei Pius nach Kriegsende aufgetreten sein.

Körperlich hochgewachsener magerer Mann in dürftigem Ernährungszustand, beiderseits weiche Struma. Leichte Entrundung der Pupillen, Wassermannsche Reaktion negativ. Keine Reflexstörungen.

Das ganze Bild wird beherrscht durch bald stärkere, bald schwächere ausfahrende unwillkürliche Bewegungen. Beim Gehen werden die Beine gleichsam geziert hochgehoben, dann bis in die Zehenspitze gestreckt, aufgesetzt, dann wieder zur Seite und nach oben geworfen. Der Gang ist gespreizt. Große Schritte wechseln ab mit kleinen trippelnden Schritten oder einigen Schritten auf der Stelle. Starkes Gestikulieren mit den Armen beim Gehen. Der Oberkörper wird in der Längsachse leicht gedreht, zugleich Drehung im Hals-Kopfabschnitt, dazu fortgesetzte Gesichtsunruhe, die sich beim Sprechen noch steigert. Die Zunge kann nicht ruhig herausgestreckt werden, wird immer wieder eingezogen, starke Unruhe. Teilbewegungen werden immer wieder unterbrochen durch Spontanimpulse. Beim Versuch, ruhig zu stehen, andauernde Muskelunruhe in den langen Rückenmuskeln und in der Glutealmuskulatur, außerdem stete Unruhe in den Streck- und Beugemuskeln der Unterschenkel, in welchen ein fortgesetzter Versuch zum Ausgleich, um den Stand zu halten, besteht. Stehen auf einem Bein ganz unmöglich.

P. versucht, die unwillkürlichen Bewegungen zweckmäßig unterzuordnen und damit zu verbergen. Er steht z. B. vom Stuhl auf, streift das Hemd glatt, knöpft es auf, knöpft es wieder zu, zieht die Schuhe aus, dann wieder an, ohne Erklärung für dieses sein Tun. Ab und zu fährt er sich mit den Händen in den Nacken. Bei Erregung oder geistiger Inanspruchnahme eindeutige Zunahme der Hyperkinese.

Psychisch deutliche Konzentrationserschwerung bei aller Mühe, die er sich gibt, um dem Gespräch folgen zu können. Sprechen erfolgt mit lauter Stimme, Steigerung im Tonfall während des Erzählens, dazwischen aber plötzlich stockend und für kurze Zeit fast unverständlich.

Intellektuell besteht deutliche Minderleistung. Selbst leichtere Rechenaufgaben werden nicht gelöst, Unterschiedsfragen nicht oder nur mangelhaft beantwortet. Bei den Prüfungen mit Binet-Bildern werden zunächst nur Einzelheiten erkannt, es gelingt nur mit viel Einhilfe, ihn zu einer Erfassung des ganzen Zusammenhanges zu bringen. In seiner Schilderung ist er weitschweifig, ohne recht ersichtliches Ziel; manchmal etwas enthemmtes, leeres Dahinreden. Deutliche Herabsetzung der Merkfähigkeit bei oft wiederholten Prüfungen. Im ganzen bietet er seiner Persönlichkeit nach eine eigenartige Mischung von Eigensinnigkeit und Ängstlichkeit, äußert vielerlei Befürchtungen, z. B. die Frau habe sicher einen Anfall zu Hause bekommen, sie sei gestorben, die Kuh und die Hühner seien verhungert, das Haus sei vielleicht eingefallen, wenn man ihn jetzt entlasse, käme er gerade noch recht für die Beerdigung seiner Frau. Darüber hinaus sind aber keine eigentlichen psycho-

Digitized by Google

tischen Inhalte zu erfahren, auch die eben erwähnten Äußerungen werden nicht festgehalten, sondern haben mehr den Charakter des Einfallsmäßigen, je nach dem Vorherrschen der jeweiligen Stimmungslage. Er wirkt im ganzen nicht depressiv, zeitweise im Gegensatz zur durchschnittlichen Verschlossenheit der Bevölkerung seiner Gegend eher etwas enthemmt. Krankheitseinsicht besteht nicht, er hält sich »eigentlich« für gesund.

5. Eduard Gang, geboren 1881, gestorben 1884, verunglückte durch Sturz vom Wagen.

6. Josef Gang, geboren 1883, Polizeidiener.

Normale Entwicklung, mittlerer Schüler, half zunächst in der elterlichen Landwirtschaft, erlernte dann das Schusterhandwerk. War im Feld, nach Kriegsende Polizeidiener geworden. 4 Kinder im Alter von 4—11 Jahren.

Er selbst bezeichnet sich als Menschen, der immer in ruhiger und gleichmäßiger Verfassung sei, während ihn seine Schwester Maria als leicht erregten, »fuchteligen und zappeligen« Menschen kennzeichnet. Soll im Sommer 1933 gemütskrank gewesen sein. Über die Art der Gemütskrankheit ist nichts Näheres in Erfahrung zu bringen. Bei der Unterhaltung und wiederholten Besuchen machte er weder körperlich noch psychisch einen auffälligen Eindruck, verfügt über eine durchschnittliche Intelligenz.

7. Karl Gang, geboren 1884, gestorben 1886, Todesursache unbekannt.

8. Maria Gang, geboren 1886, ledig, ohne Beruf.

Von jeher schwächlich. Von klein auf etwas still, für sich, nicht so lebhaft wie die andern. »Ich hab immer gelueget, wenn andere gesprungen sind«. War auf der Schule zurückgezogen, scheu, hat schwer gelernt, blieb einmal sitzen. Nach der Schule auf dem Land gearbeitet, blieb weiterhin für sich, keinen Sinn für Männer gehabt, wollte nicht heiraten; nie Geschlechtsverkehr.

1910 erste depressive Phase. Es war ihr alles verleidet, fürchtete, es käme ein Unglück, hatte keine Lust zum arbeiten, »studierte viel vor sich hin.« Die ganze Welt schien ihr grau »mit dem Seelenleben und mit dem Denken«. Machte sich vielerlei Gedanken und Vorwürfe, »alles nicht recht gemacht zu haben, nicht vorschriftsmäßig gebeichtet zu haben, nicht richtig zu leben«. Sei dabei mißgestimmt gewesen, habe sich über alles um sie herum aufgeregt und geärgert, sei zeitweise sehr gereizt gewesen und habe dann losgeschimpft, die Kinder ihrer Schwester geschlagen, deren Lärm sie nicht ertragen konnte, wie sie überhaupt gegen alle Geräusche überempfindlich und schreckhaft sei. Wenn sie in einer solchen Zeit mit Leuten ihrer Umgebung spreche, dann »fechte« sie mit den Armen in der Luft herum.

Seit dieser Zeit jedes Jahr im Frühjahr wiederkehrende Verstimmungszustände dieser Art, die zwei Monate dauern. Sie fühlt sich jeweils müde, abgeschlagen, interesselos, zu keiner Arbeit zu bewegen, legt sich nach dem Aufstehen meist bald wieder zu Bett, ohne sich auszukleiden, schlafe in dieser Zeit schlecht, mache sich immer wieder viel Gedanken. Appetit nicht wesentlich verringert.

Zur Ergänzung ihrer Angaben seien noch die Mitteilungen der Angehörigen angeführt: M. gilt bei allen Familienmitgliedern als träge; sie ist ihnen eine Last, hat keinen Beruf, wandert deshalb von einem Geschwister zum andern, obwohl sie weiß, daß sie selbst sehr um ihre Existenz kämpfen müssen. Am meisten hält sie sich bei einer verheirateten Schwester mit 3 Kindern auf, ohne aber viel mitzuhelfen. Während der Abwesenheit des

Digitized by Google

Pius und seiner Frau, worüber sie genau orientiert war, brach sie diesen ins Haus ein, hielt sich mehrere Tage auf, verbrauchte die spärlichen Lebensmittel und das Brennholz und wurde hinterher auf Vorhalt sehr ausfällig und gereizt.

9. Stephanie Reder, geborene Gang, geboren 1888.

Durchschnittliche Entwicklung. An Kinderkrankheiten Masern, Keuchhusten, Typhus; gute Schülerin. Charakterlich unauffällig, von gleichmäßigem Temperament, nie unruhig oder zappelig gewesen, war nach der Schule zu Hause, heiratete mit 35 Jahren; 3 Kinder. Seit mehreren Jahren leidet sie unter Kopfschmerzen, nach dem Tod des Mannes 1933 aufgeregter geworden, hat viel Sorgen, gerät leicht ins Zittern bei Angst und Aufregung. Körperliche und psychische Untersuchung ergibt nichts Krankhaftes.

Es sei hier zunächst die weitere Verfolgung des Stammbaumes in der Aszendenz einen Augenblick unterbrochen und einiges, was die Geschwisterreihe erkennen läßt, gesichtspunktmäßig zusammengestellt.

Erkrankungsalter.

Bei Fridoline wird der Krankheitsbeginn um das 50. Jahr angegeben. Bei Karoline fehlen genauere Anhaltspunkte, bei Pius, wenn wir den Aussagen des Bruders Glauben schenken dürfen, setzte die Erkrankung anfangs der 40er Jahre ein. Es ist also nicht so, daß das Ausbruchsalter bei den Geschwistern ziemlich gleich ist, immerhin fällt die Ausbruchszeit bei Fridoline und Pius in das 5. Lebensjahrzehnt. Verläßlich ist dieser Termin natürlich nicht, möglicherweise hätten frühere ärztliche Beobachtungen schon eher erste Krankheitsäußerungen erkennen lassen. *Entres* weist darauf hin, daß von den zu ein und derselben Familie gehörigen H.-Fällen ein bestimmtes Alter als Gefährdungszone besteht. Z. B. ist in einer seiner daraufhin geprüften Familie das 40. Lebensjahr, in einer anderen das 28. der klinische Zeitpunkt für das Auftreten.

Stellung der Krankheitsfälle in der Geschwisterreihe.

Auffällig ist die Tatsache, daß in unserer Geschwisterreihe — wenn man von den kurz nach der Geburt verstorbenen 3 Geschwistern absieht — die Krankheitsfälle aufeinander folgen und daß es gerade die ältesten Geschwister sind, 1, 2, 4, die erkrankten. Aus der Literatur geht nicht hervor, daß gerade die ersten Kinder einer besonderen Gefährdung unterliegen. Man wird sich also dann mangels anderer Erklärungen damit begnügen müssen, hier ein Spiel des Zufalls in der Verteilung zu sehen.

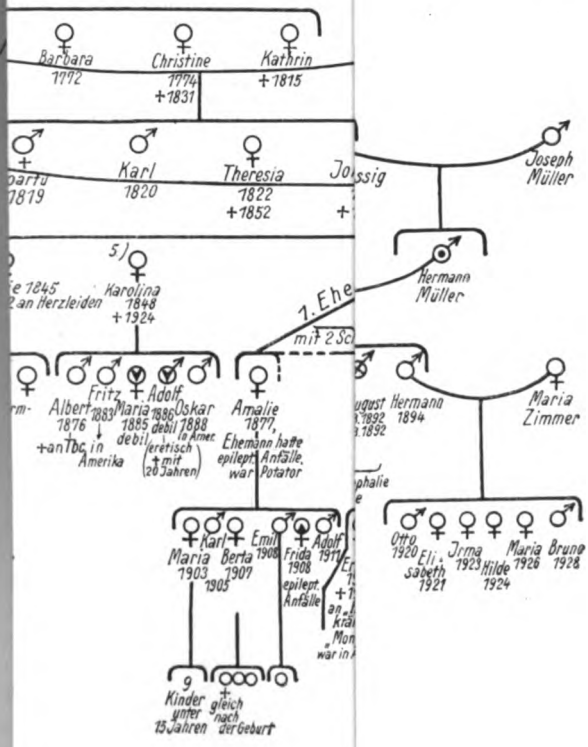
Häufigkeit der Krankheitsfälle in der Geschwisterreihe.

Von 9 Geschwistern sind innerhalb der ersten 3 Jahre 3 gestorben. Von den 6 zurückbleibenden sind 3 an Ch. H. erkrankt. Die Nichterkrankten sind 52, 49 und 47 Jahre alt. Die Möglichkeit, daß auch unter diesen noch beim einen oder anderen die

Digitized by Google

g.

ke Hälfte der Stammtafel
Bussig + Maria Zehringerin)



Allgem. Zeitschrift für
Zu „Anna Momcke
Beziehungen bei der
nicht erfaßten Falles“

uyter & Co., Berlin W 35.

Digitized by Google

Digitized by Google

Krankheit ausbricht, besteht. Da indes alle diese gesunden Geschwister von uns genau untersucht werden konnten, ohne daß sich auch bei scharfer Prüfung Verdachtsmomente auf eine schleichende Entwicklung des Leidens ergaben, scheint es uns nicht sehr wahrscheinlich, daß unter diesen noch Spätfälle zu erwarten sind. Daß unter den Verstorbenen Ch.-H.-Anwärter waren, ist durchaus möglich. Jedenfalls sprechen auch unsere Zahlen für das Bestehen eines monohybriden dominanten Erbgangs.

Wesensartung der Geschwister.

Von den Erkrankten bot Fridoline nichts Auffälliges. Sie ist, in Stichworten, als geselliger, gutmütiger, hilfsbereiter, syntoner Mensch geschildert. Karoline hingegen zeigte von klein auf eine Häufung abartiger Wesenszüge: ungesellig, zanksüchtig, reizbar, anpassungsunfähig, autistisch. Pius wiederum scheint vor Ausbruch der Erkrankung ein etwas farbloser, aber nicht weiter auffälliger Mensch gewesen zu sein.

Die nichterkrankten Geschwister sind ebenfalls nicht einheitlich. Josef hat nach Angaben der Schwester Zeiten gesteigerter Erregbarkeit, macht aber jetzt einen ausgeglichenen, jedenfalls nicht psychopathischen oder sonst irgendwie abnormen Eindruck. Maria ist mäßig begabt, bequem, mit endogenen dysphorischen Stimmungsschwankungen, die alljährlich im Frühjahr einsetzen und nach der Schilderung wohl in den Formenkreis der zyklothymen-depressiven Phasen zu rechnen sind. Die Schwester Stephanie endlich ist ein im allgemeinen ausgeglichener ruhiger Mensch ohne Zeichen endogener Schwankungen oder psychopathischer Wesenseigentümlichkeiten. Eine gelegentliche Neigung zu Ängstlichkeit und leichter Erregbarkeit, die nach dem Tod des Mannes auftrat, darf in Anbetracht der wirtschaftlichen Schwierigkeiten, in die sie durch den Tod des Mannes 1933 versetzt wurde, wohl nicht allzuhoch bewertet werden. Bei der Untersuchung macht sie jedenfalls einen unauffälligen, gesunden Eindruck.

Zusammenfassend ist also zu sagen, daß sich sowohl unter den erkrankten, wie unter den H.-freien Geschwistern ganz verschiedenartige Persönlichkeiten finden. Etwas Einheitliches innerhalb dieser beiden Gruppen zeigt sich nicht, man kann auch nicht sagen, daß gerade unter den Erkrankten im Gegensatz zu den Gesunden eine besondere Häufung von auffälligen Wesenszügen vorliegt.

Klinisches Bild der motorischen Störungen.

Während bei Fridoline und Pius die Bewegungsunruhe sowohl die Gliedmaßen wie den Stamm und die Mimik betraf, zeigt sich bei Karoline eine solche nur in der Hals-Schulter-Muskulatur.

Digitized by Google

Die Extremitäten und die Mimik aber sind frei geblieben. Übereinstimmend findet sich also nur die besondere Ausprägung in der Schulter-Hals-Gegend. Deutliche Störungen des Sprachablaufs fanden sich allein bei Pius.

Zusammenfassend: eine einigermaßen einheitliche Störung im Sinne gleichartiger Betroffenheit unterschiedlicher Muskelbereiche besteht mit Ausnahme der Schulterhalsregion nicht.

Von *Kehrer, Meggendorfer, Freund, Runge* u. a. wird neben der Hyperkinese bei der Ch. H. eine Bewegungsarmut beschrieben, so daß parkinsonähnliche Bilder entstehen, oder andere extrapyramidale Erscheinungsformen z. B. besondere Haltungsanomalien beobachtet. Auch Wilsonartige Bilder bei Angehörigen von Ch. H.-Kranken oder an Stelle von Ch. H. werden mitgeteilt.

Solche besonderen Verlaufsformen oder Variationen des Krankheitsbildes sind in dem vorliegenden Stammbaum nicht festzustellen.

Fruchtbarkeit.

Auffällig ist hier nur der Gegensatz zwischen kranken und nichtkranken Geschwistern. Fridoline heiratete mit 24 Jahren, Pius mit 41 Jahren. Beide waren also im zeugungsfähigen Alter. Beide haben aber keine Kinder. Ebensowenig die ledige Karoline. Während bei letzterer daran zu denken ist, daß sie infolge ihres schwierigen autistischen Wesens zu keinem erotischen Kontakt fähig ist, trifft dies auf die beiden anderen Geschwister nicht zu. Von den gesunden Geschwistern hingegen haben Josef 4 und Stefanie 3 Kinder. Die ledige Maria ist kinderlos. Wie weit eine Eheschließung durch ihre träge Art sowie durch die alljährlich einsetzenden depressiven Phasen verhindert wurde, wie weit bei ihr primär eine Uninteressiertheit diesbezüglich bestand, ist schwer zu sagen.

Anhaltspunkte dafür, daß Fridoline wie Pius infolge eines Leidens an der Zeugung resp. Empfangsfähigkeit behindert gewesen waren, haben wir nicht. Über das Triebleben war Sicheres nicht in Erfahrung zu bringen, von Auffälligkeiten diesbezüglich ist uns nichts bekannt. Die Kinderlosigkeit kann natürlich auch jeweils im Ehepartner eine Ursache gehabt haben. Warum diese beiden Ehen kinderlos geblieben sind, bleibt also letztlich ungeklärt. Die Tatsache selbst scheint uns aber immerhin doch bemerkenswert, zumal *Rosenthal* darauf hinwies, daß sich gerade Kinderarmut und Kinderlosigkeit neben der zweifellos sehr viel häufigeren Erscheinung des Kinderreichtums *(Kehrer, Entres)* in den Ch.-H.-Familien findet. Für die besondere Fruchtbarkeit ist ja im übrigen gerade die 9 Kinder umfassende Geschwisterreihe selbst ein eindeutiges Beispiel.

Digitized by Google

Verlassen wir nun die Geschwisterreihe und betrachten dabei die Aszendenz, so ist zu erfahren, daß die Mutter Pauline R. an Wassersucht starb. Sie zeigte keinerlei Zeichen einer Bewegungsstörung. Genaue Erhebungen über sie und ihre Familie ergaben, daß weder Nerven- noch Geisteskrankheiten in näherer oder weiterer Verwandtschaft bestanden. Von der Veröffentlichung dieses Stammes kann daher abgesehen werden.

Der Vater der eingehend geschilderten Geschwisterreihe, Josef Gang, hingegen soll »gezappelt« haben. Er wird als sparsamer, vielleicht etwas geiziger Mann geschildert, streng in der Erziehung der Kinder, gelegentlich jähzornig. Im Umgang mit den Leuten seines Dorfes aber unauffällig, weder still noch menschenscheu. Früher gesund, fiel er in den späteren Lebensjahren, etwa um das 60. Jahr, dadurch auf, daß er sich beim Reden »immer auf den Füßen hob«, daß er »scharrte« und daß seine Schultern sich ständig bewegten. »Er zappelte mit Händen, Füßen und Kopf.« Der Körper sei in dauernder Unruhe gewesen, insbesondere fiel er auch dadurch auf, daß er in den letzten Jahren nicht mehr lange ruhig sitzen konnte, zwischendurch immer wieder mal aufstehen und einige Schritte machen mußte.

Auch seelisch war eine Veränderung konstatierbar, er wurde zunehmend stumpfer und interesseloser, nahm kaum mehr eine Zeitung in die Hand, saß herum. Früher leicht aufgeregt und auch ausfallend, ließ er sich in späteren Lebensjahren »alles gefallen«, »wenn er sein Essen hatte, war er zufrieden«. Mit 82 Jahren rührte ihn der Schlag.

Nach diesen Angaben, die von den verschiedenen Seiten erhoben wurden, ist wohl an einer Ch. H. nicht zu zweifeln. — Vier leibliche Geschwister Josefs starben gleich nach der Geburt. Er hatte außerdem noch eine uneheliche Stiefschwester, die sein Vater mit seiner späteren Schwägerin zeugte, sowie einen unehelichen Stiefbruder von der Mutterseite. Über das Schicksal beider ist nichts weiteres in Erfahrung zu bringen gewesen.

Über die nächst zurückliegende Generation, also die Großeltern der Ausgangsgeschwisterreihe, war nur zu erfahren, daß der Großvater, Josef Gang, ein ruhiger, nicht weiter auffälliger Mann gewesen sein soll. Aber auch er soll in den höheren Jahren an Armen und Beinen gezittert und sich nicht mehr haben ruhig halten können. Ein genaueres Datum, wann diese Bewegungsunruhe einsetzte, ließ sich mit genügend verwertbarer Sicherheit nicht mehr erhalten. Auch sonst sind hier die Angaben überhaupt schon recht spärlich. Immerhin ist es doch wohl wahrscheinlich, daß zumal in Anbetracht der Deszendenz des Josef auch dieser selbst an einer Ch. H. litt.

Bei dem Versuch, die noch weiter rückwärts liegenden Gene-

Digitized by Google

rationen auf das Erbleiden hin zu verfolgen, ließen sich zwar aus den Kirchenbüchern die einzelnen Daten und Namen feststellen (Urgroßvater Johann Gang, geboren 1769, Ururgroßvater Michael, geboren 1740), darüber hinaus jedoch nichts. Auch in der Familie selbst ist über diese Vorfahren weder schriftlich noch durch mündliche Überlieferung Näheres bekannt.

Beim weiteren Verfolg der Geschwisterreihen und ihrer Nachkommenschaft stießen wir aber auf den Zweig des Josef Gang, der uns infolge der Häufung andersartiger psychischer Auffälligkeiten eine genauere Darstellung zu verdienen scheint. Über Josef Gang selbst, dem Stammvater dieses Zweiges, sowie dessen Frau und über seinen Sohn Lorenz Gang und dessen Frau, Theresia Bussig, war nichts Auffälliges in Erfahrung zu bringen. Wohl aber beginnt dies in der nächsten Generation.

Lorenz hatte 10 Kinder:

1. Berta, sie lebt als eine streitsüchtige, schwierige und verschrobene Person in der Erinnerung.

2. Christine, sie hatte keine Kinder, war unauffällig. Sie starb an Wassersucht.

Beide Schwestern sind unehelich geboren.

3. Adolf, war von jeher still und zurückhaltend, etwas grüblerisch veranlagt. Sägewerksbesitzer, verheiratet, keine Kinder. Er starb 1897. Auffällig ist die merkwürdige Zurückhaltung aller zur Familie Gehörigen, wenn die Rede auf die Todesursache kommt. Es heißt dann, man wisse es nicht. »Was war das doch für eine Krankheit? Wir wissen nicht, wie man sie nennt«. Schließlich kommt dann heraus, daß es ein »Hirnleiden« war. Nähere Beschreibung dessen ist nicht zu erhalten.

4. Sophie, psychisch unauffällig, Heirat; 2 Kinder, wovon 1 an Darmtuberkulose starb. Sie selbst starb 53 jährig. Todesursache: Herzleiden.

5. Karoline. War »gescheit«. Verheiratet, unauffällig. Sie war leber- und lungenleidend.

6. Karl, unauffällig, starb an Halsgeschwür.

7. Philipp, dieser 1852 geboren, soll in hohem Alter »gezittert und immer so komische Bewegungen gemacht haben«. Er litt an Rheumatismus und Gicht und soll daran gestorben sein. Dies, sowie die Tatsache, daß hierzulande auch Zuckungen und überhaupt Muskelreizzustände verschiedener Art als Rheumatismus bezeichnet werden, läßt daran denken, daß bei ihm eine Ch. H. bestand. Als gewichtigen Gegenindizienbeweis wird man allerdings anführen müssen, daß bei keinem seiner zahlreichen Geschwister eine Ch. H. bestand, ferner daß weder in der Aszendenz noch in der Deszendenz Ch.-Fälle auftraten. (Von seinen lebenden 8 Kindern ist das älteste immerhin schon 44 Jahre alt). Psychisch war er auffällig; sehr unternehmungslustig, aber ob seines boshaften, eigensüchtigen und unverträglichen Wesens sehr unbeliebt. Er war sehr streitsüchtig, hielt sich für gescheiter als die anderen, wollte höher hinaus, geriet mit seinen Geschwistern wegen der Erbschaft des Vaters, dessen Testament er gefälscht hatte, in Streit. Er galt als »Spinner«, soll zuletzt »simuliert« und »studiert« haben. Ein Sohn gab an, daß man sogar daran dachte, ihn ob seines Wesens in die Psychiatrische Klinik zu verbringen. Es

Digitized by Google

ließ sich aber nichts über psychotische Symptome erfahren, sondern nur über die eben genannten charakterologisch gesellschaftsfeindlichen Züge.

8. Theresia, verheiratet, eine gesunde unauffällige Frau.

9. Friedrich, mit 5 Jahren gestorben.

10. Stephana, soll merkwürdig gewesen sein, still und sehr fromm, ging nach Amerika, trat dort später ins Kloster.

11. Maria, klein gestorben.

Von dieser Geschwisterreihe sind nun 1, 2, 3, 9, 10 und 11 ohne Kinder. Über die Nachkommenschaft von 4 ist nichts Auffälliges zu berichten.

Ad 5. Karoline hat einen gesunden Sohn; zwei Söhne sind in Amerika. Näheres über sie ist nicht bekannt. Ein Sohn, Adolf, starb mit 20 Jahren, der Schilderung nach ein schwachsinniger Erethischer. Eine Tochter, Maria, ist debil, blieb in der Sprachentwicklung zurück.

Ad 6. Die Kinder des Karl scheinen gesund zu sein. Eine Tochterstochter leidet an epileptischen Anfällen, jedoch war der Vater (Potator) selbst Epileptiker.

Eine Sohnestochter starb mit 8 Jahren an Hirnkrämpfen, nicht mehr näher klärbarer Art. Derselbe Sohn (Emil Gang) hat neben zwei gesunden Kindern von 16 und 21 Jahren noch einen Sohn, der mongoloider Idiot ist.

Ad 7. Der schon erwähnte Philipp Gang hatte 10 Kinder:

1. Hilde, geboren 1892, ledige Postbeamtin.

Intelligent, lebhaft, eigensinnig. Ausgesprochen herrschsüchtig, wollte ihren Willen unbedingt durchsetzen. Vertrug sich nicht. Wird von den Angehörigen als lieblos und egoistisch geschildert. Sie wirkt überheblich, anmaßend, läßt keine fremde Meinung gelten. Spricht gemütlos-abfällig über ihre Familie, zeigt ein unausgeglichenes, hastiges Wesen. Typus des gemütskalten Schizoiden.

2. Anna Maria, geboren 1893, verheiratet.

Von Kind auf herrschsüchtig, unverträglich, duldet keinen Widerspruch. Begabt. Heiratet mit 23 Jahren. 3 normale Geburten. Mit 30 Jahren auffällig, redet von ihrer Hellsehergabe, sei zu Höherem geboren, machte den Behörden Reformvorschläge. Diese Phase gesteigerter Umtriebigkeit klang wieder ab. 1931 zweiter Schub: pseudomanisches Zustandsbild mit paranoiden Zügen und zunehmender Denkzerfahrenheit. Sie kam in die Psychiatrische Klinik in Freiburg. Unter der Diagnose Schizophrenie bald gebessert entlassen. 1932/33 zu Hause langsame Versandung. 1934 zweite Klinikaufnahme: zahlreiche Beziehungsideen, Sinnestäuschungen, zerfahren-redselig. Nach der Anstalt Emmendingen verlegt. Diagnose: Schizophrenie.

3. Alfred, geboren 1894.

Gleichmäßig, unauffällig, machte den Krieg an der Front mit. Später Heirat, 3 gesunde Kinder.

4. Philippine, geboren 1896, gestorben 1917.

Charakterlich unauffällig, 21jährig an Tuberkulose gestorben.

5. Karl, geboren 1898.

Still und zurückgezogen. Geriet während des Krieges in Gefangenschaft. Seit der Rückkehr aus dieser verändert, zuerst antriebslos, sitzt untätig herum, dann Umschlag: gereizt-umtriebig, zänkisch, selbstsicher, äußert religiöse Wahnideen, habe göttliche Berufung, sei halb Mensch, halb Gott. 1923 in der Psychiatrischen Klinik Freiburg: gibt über Inhalte nichts heraus,

Digitized by Google

im Wesen unberechenbar, wechselnd zwischen abrupter unmotivierter Erregung und oberflächlicher Heiterkeit. Zeitweise kataleptische Zustände, Grimassieren und maniriertes Verhalten. Diagnose: Schizophrenie. Gebessert entlassen, weitere gute Remission. Heiratete; besorgt sein Sägewerk. Jetzt noch auffällig durch sein steifüberhebliches Wesen. Keine Krankheitseinsicht. Diagnose: Schizophrenie in Remission.

6. Emilie, geboren 1900, ledig.

Lebhaftes, lustiges, unkompliziertes Kind. Zweimal sitzengeblieben. Dienstmädchen, dann in Gastwirtbetrieben. Häufiger Stellenwechsel. Sexuell haltlos; ein uneheliches Kind, das 1932 starb. 1934 akuter Ausbruch einer Schizophrenie unter pseudomanischem Zustandsbild. Störungen des Gedankenablaufs, gelegentlich unmotivierte Angstzustände und Verfolgungsideen.

Diagnose: Schizophrenie.

7. Philipp, geboren 1901, gestorben nach 13 Tagen an »Gichter«.

8. Friedrich, geboren 1902, ledig.

Normale Kindheitsentwicklung, immer etwas still und für sich, wurde Gärtner, dann Konditor. Sehr religiös.

9. Franz, geboren 1903.

Gestorben mit 14 Jahren an Herzleiden. Soll psychisch nicht auffällig gewesen sein.

10. Max, geboren 1904, Schreiner, ledig.

Von klein auf zurückgezogen, still, galt als »eigenartig« und menschenscheu, soll eine zeitlang an »religiösem Wahn« gelitten haben.

11. Frieda, geboren 1906.

Gesundes Kind, immer unauffällig, in Westfalen verheiratet. Näheres nicht bekannt.

Es finden sich also (nach Abzug der drei Frühverstorbenen) unter den 8 Geschwistern 3 Schizophrenien, wobei bei Max noch der Verdacht auf eine Schizophrenie besteht. Bemerkenswerterweise zeigen alle drei sicheren Psychosen ein pseudomanisches Verhalten. Man könnte daran denken, daß dies eine durch die praemorbide Temperamentsartung bedingte Psychosefärbung ist. Dem ist aber nicht so. Im Gegenteil, die drei Geschwister sind wesensmäßig ganz unterschiedlich. Anna-Maria ist durch Herrschsüchtigkeit und Unverträglichkeit gekennzeichnet, Karl war der Typus des Still-Zurückgezogenen, der sich ja unter den Schizophrenen praemorbid häufig zeigt, während Emilie als lebhaft und lustig, dabei mäßig begabt, wohl unter die Erethischen zu rechnen ist. Ihre sexuelle Haltlosigkeit dürfte, zusammen mit den entsprechenden Milieugefahren ihres Berufes als Kellnerin wohl auf das Zusammenspiel von Anlage und Umwelt zu beziehen und nicht schon als Ausdruck eines schleichenden Prozesses zu deuten sein.

Abartige Persönlichkeiten sind dann noch Hilde, eine gefühlskalte, herrschsüchtige Psychopathin, sowie Max, der von Haus aus still und zurückgezogen war, möglicherweise einen leichten schizophrenen Schub mit religiösen Wahnideen durchmachte.

Ad 8. Theresia. Sie, wie ihr Mann, Hermann Müller, machen

Digitized by Google

einen lebhaften, aufgeweckten Eindruck; beide sind trotz ihres hohen Alters von über 80 Jahren noch sehr rüstig und interessiert. Sie haben 6 Kinder. Über diese ist folgendes zu erfahren:

Nur zwei dieser Kinder: Luise und Hermann, leben. Diese sind gesund, durchschnittlich begabt, haben gesunde Kinder.

Von allen Angehörigen, die unabhängig voneinander gefragt wurden, wird nun übereinstimmend angegeben, daß die übrigen vier alle einen ganz auffallend kleinen Schädel hatten und das Sprechen nicht lernten. Diese Kinder starben im Alter von 2 Tagen, 5 Jahren, 8 Jahren und 14 Jahren.

Bezeichnenderweise verschwiegen die Eltern zunächst diese Kinder ganz und gaben dann zuerst nur zögernd Auskunft. Sie räumten aber ein, daß alle idiotisch waren und, was schon von anderer Seite in Erfahrung gebracht worden war, »ganz kleine Köpfe hatten«. »Bei allen war der Kopf zugewachsen, sie haben keine Öffnung auf dem Schädel gehabt«. Von demjenigen, der am ältesten (14 Jahre) wurde, heißt es in den Kirchenbüchern, »er starb an einem Gehirnleiden«. Er konnte nicht gehen noch sprechen, auch nicht selbständig essen.

Nach der Schilderung ist anzunehmen, daß bei allen 4 eine Mikrozephalie bestand, verknüpft mit schweren Organisationsstörungen des Zentralnervensystems. Leider war keine ärztliche Auskunft mehr zu erhalten, so daß wir auf die mitgeteilten dürftigen Angaben der Angehörigen und Verwandten angewiesen sind. — Fälle von gehäuftem Auftreten von Mikrozephalie + Idiotie neben Gesunden in einer Geschwisterreihe sind mehrfach im Schrifttum niedergelegt. Die auffallende Gleichartigkeit der körperlichen und geistigen Erscheinungen in einem von *Bernstein* mitgeteilten Fall führt diesen zur Annahme der erblichen Grundlage der Krankheit in solchen Fällen. Und zwar nimmt er einen rezessiven Erbgang an. In diesem Zusammenhang ist jedenfalls nicht ohne Interesse, daß zwar weder in der Familie des Vaters noch der Mutter jemals ähnliche Krankheiten auftreten, daß aber beide nahe miteinander verwandt sind. Beide sind Geschwisterkinder, also Vetter und Base: Josef Müller heiratete Barbara Bussig, Lorenz Gang, deren Schwester, Theresia Bussig.

Bischoffswerder berichtet von zwei mikrozephalen Geschwistern, deren Eltern wie in unserem Fall Cousin und Cousine sind. Da er bei noch anderen Fällen von Mikrozephalie in der Anstalt Herzberg dieselben Feststellungen machte, meint er, »diese Konsanguinität der Eltern könne schwerlich ein Zufall sein, scheine vielmehr die Vermutung von Lenz zu stützen, daß es eine endogene Mikrozephalie gibt, für die rezessive Vererbungsvorgänge von ursächlicher Bedeutung sind«. Daß die Verwandtschaftsehe wahr-

Digitized by Google

scheinlich nicht belanglos ist, geht auch daraus hervor, daß *Mayet*, wie *Lenz* anführt, unter 16416 Schwachsinnigen aller Grade und Altersstufen 1,44% Abkömmlinge blutsverwandter Eltern gefunden hat gegenüber 0,65% in der Gesamtbevölkerung.

Ein zwingender Beweis läßt sich natürlich auch daraus nicht ableiten; Erblichkeit, Keimschädigung, sowie exogene Faktoren mechanischer, toxischer und entzündlicher Natur stehen in der Literatur hinsichtlich der umstrittenen Frage der Ätiologie zur Diskussion. Man wird aber erst recht zurückhaltend sein, wenn es sich, wie hier, um Fälle handelt, die nur noch aus Berichten ungenügend zu rekonstruieren sind.

Übersieht man nun nochmals die Nachkommenschaft der zwei Zweige Josef und Johann Gang, des Stammvaters Michael Gang, die wir ja nur allein verfolgen konnten, so ist zu vermerken, daß sich in beiden Zweigen Bussigsches Blut findet, und daß interessanterweise erst nach Vermischung mit diesem sich auf der einen Seite Ch. H. nachweisen läßt, während im anderen Zweig zunächst eigenartige Charaktere, in den folgenden Generationen aber gehäuft Schizophrenie (3 Fälle), Schwachsinn (2 Fälle) und Mikrozephalie (4 Fälle), (hierbei liegt auf väterlicher wie mütterlicher Seite Bussig'sches Blut vor) auftreten. Man wird sich die Frage stellen, ob nicht gerade von dieser Seite her besonders ungünstiges Keimgut in die Familie Gang eingebracht wurde. Außerdem treten bemerkenswerterweise in beiden Zweigen immer wieder Persönlichkeiten einer bestimmten Art (herrschsüchtig, egoistisch und gefühlskalt) auf.

Vielleicht kann man diese Charakter- und Temperamentsstörungen bei den Angehörigen der Ch.-H.-Familie als Choreopathie im Sinne *Kehrers* auffassen und sie dem Schizoid an die Seite stellen. (*Kehrer* weist auf eine »gewisse Verwandtschaft der »choreatischen Degeneration« zu den schizophrenen wie auch zu den epileptischen »Degenerationen« hin.) Diese Krankheiten haben, wie er annimmt, erbgenetische Beziehungen zueinander (die von *Entres* durchaus abgelehnt werden). Dagegen läßt er die Frage, wie die Angaben über Imbezillität in Ch.-H.-Sippen zu deuten sind, offen. Es könnten dafür ebensowohl exogene wie endogene Faktoren in Betracht kommen. Jedoch wendet er gegenüber Entres ein, daß es nicht »direkt widersinnig« sei, anzunehmen, »daß das, was als Imbezillität in Ch.-H.-Familien angesehen wurde, als H.-Äquivalent, etwa als Folgezustand einer früh im Leben auftretenden »intellektuellen Hypokinese« zu deuten ist.

Eine theoretische Ausdeutung, sei es in dem Sinne, daß doch die verschiedenartigen Krankheitsformen nicht unabhängig voneinander sind, daß gewisse genische Beziehungen zwischen ihnen bestehen, erlauben die Feststellungen dieser Sippendurchforschung

Digitized by Google

nicht. Hierzu hätte es zum mindesten noch der ebenso genauen Durchforschung aller angeheirateten Stämme bedurft, eine Aufgabe, die schon zeitlich nicht durchführbar war. Und auch das, was wir in Erfahrung bringen konnten über die Familie Gang ist in weiterer Beziehung lückenhaft. Es kann bei der Rückverfolgung eines Stammes nur allzuleicht geschehen, daß man entweder bewußt unwahre oder irrige Angaben erhält, oder daß man die wenigen Angaben in ihrem Wert und ihrer Verläßlichkeit überschätzt und dann falsche Schlüsse darauf aufbaut. Bemüht man sich aber ohne theoretische Vorbesetztheit kritisch sammelnd, so wird ein derartiger Stammbaum dann als Kasuistik mit vielen anderen schließlich dazu dienen, aus ihnen Gesetzmäßiges vom zufälligen Zusammentreffen zu unterscheiden und herauszulesen.

Literatur.

Baur-Fischer-Lenz: Menschl. Erblichkeitslehre und Rassenhygiene. Lehmann, München 1931. — *Bechterew:* Über Epilepsie choreica. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. 12, S. 266. — *Beringer, K.:* in Bumkes Handbuch d. Geisteskrankheiten IX, spez. Teil V. Die Schizophrenie: Die Erblichkeit; Das Schizoid. — *Bernstein, Chas.:* Mikrocephalic people sometimes called »pin heads«. Ref. Zbl. f. Neurol. u. Psych. 30, 1922. — *Bischoffswerder:* Mikrocephalie bei Geschwistern, Ref. Zbl. f. Neurol. u. Psych. 61, 1932. — *Brugger, C.:* Genealog. Untersuchungen an Schwachsinnigen, Zeitschr. f. Neurol. u. Psych. 130, 1930. — *Curschmann, H.:* Eine neue Chorea Huntington-Familie, Dtsch. Ztschr. f. Nervenheilkunde 35. — *Curtius, F.:* Multiple Sklerose und Erbanlage, Thieme, Leipzig, 1933. — *Doll, H.* u. *Rothschild, K.:* Familiäres Auftreten von Polycythaemia rubra in Verbindung mit Chorea progressiva hereditaria Huntington. Klin. Wschr. Jahrg. 1, 1922. — *Entres, J. L.:* 1. Zur Klinik und Vererbung der Huntington'schen Chorea, Springer, Berlin 1921. — 2. Über Huntingtonsche Chorea. Zeitschr. f. Neurol. und Psychiatr. 73, 1921. — 3. Genealogische Studien z. Differentialdiagnose zwischen Wilsonscher Krankheit und Huntingtonscher Chorea. Ztschr. f. Neurol. u. Psych. 98, 1925. — *Foerster, O.:* Zur Analyse und Pathophysiologie der striären Bewegungsstörungen. Ztschr. f. Neurol. u. Psych. 73, 1921. — *Freund, C. S.:* Zur Vererbung d. Huntingtonschen Chorea, Ztschr. f. Neurol. u. Psychiatr. 99, 1925. — *Gaule, A.:* Das Auftreten der Chorea Huntington in einer Familie der Nordostschweiz. Schweiz. Arch. f. Neurol. 29, 1932. — *Geratowitsch, M.:* Über Erblichkeitsuntersuchungen bei der Huntingtonschen Krankheit. Arch. f. Psychiatr. 80, 1927. — *Gilula, J. O.:* Zur Frage der Huntingtonschen Chorea, Arch. f. Psychiatr. 89, 1930. — *Grimbly, Alan F.* u. *Wilson, Isabel G. H.:* A commentary on two cases of Huntingtons chorea, Ref. Zentr.Bl. f. Neurol. 46, 1927. — *Harms zum Spreckel:* Chorea degenerativa. Zeitschr. f. Neurol. u. Psychiatr. 66, 1921, 92, 1924. — *Hofmann, H.:* 1. Vererbung und Seelenleben, Springer, Berlin 1922. 2. Familienpsychosen im schizophrenen Erbkreis, Karger, Berlin 1926. 3. Erbprognose und klinische Differenzierung. Ztschr. f. Neurol. u. Psychiatr. 114, 1928. — *Homburger, A.:* Psychopatho-

Digitized by Google

logie d. Kindesalters: Ätiologie d. Schwachsinns. — Mongolismus. Springer, Berlin 1926. — *Hughes, Estella M.:* Social signifance of Huntingtons chorea. Ref. Zentr.Bl. f. Neurol. 41, 1925. — *Huntington:* Arch. f. Psychiatr. 44, 1908. — *Jelgersma, H. C.:* Über Entstehung von Mißbildungen, besonders bei Mikrocephalie. Ref. Zentr.Bl. f. Neurol. und Psychiatr. 50, 1928, 56, 1930. — *Kalkhof* u. *Ranke:* Eine neue Chorea Huntington-Familie. Ztschr. f. Neurol. u. Psych. 17, 1913. — *Kehrer, F.:* 1. Bemerkungen zu der Arbeit von Entres »Genealogische Studien zur Differentialdiagnose zwischen Wilsonscher Krankheit und Huntingtonscher Chorea. Ztschr. f. Neurol. u. Psych. 100, 1926. 2. Ursachen und Erblichkeitskreis von Chorea, Myoklonie u. Athetose. Monographie. Springer 1928. — *Korbsch, H.:* Picksche und Huntingtonsche Krankheit bei Geschwistern, Arch. f. Psychiatr. 100, 1933. — *Lokay, A.:* Über die hereditären Beziehungen der Imbezillität. Ztschr. f. Neurol. u. Psych. 122, 1929. — *Mayer-Groß, W.:* in Bumkes Handbuch d. Geisteskrankheiten IX. speziell. Teil V., Die Schizophrenie: Die Klinik. — *Mayer, C.* u. *Reisch, O.:* Klinische Studie an 2 Mikrocephalen. Arch. f. Psych. 89, 1930. — *Meggendorfer, F.:* 1. Die psychischen Störungen bei der Huntingtonschen Chorea. Ztschr. f. Neurol. u. Psych. 87, 1923. — 2. Eine interessante Huntingtonfamilie. Ztschr. f. Neurol. u. Psych. 92, 1924. — *v. Monakow, C.:* Biologisches u. Morphogenetisches über die Mikrocephalia vera. Schweiz. Arch. f. Neurol. 18, 1926. — *Reisch, O.:* Studien an einer Huntingtonsippe. Arch. f. Psych. 86, 1929. — *Riggenbach, M.* u. *Werthmann:* Untersuchungen bei einer Sippe von Huntingtonscher Chorea. Schweiz. Arch. f. Neurol. 311, 1933. — *Rosenthal, C.:* Zur Symptomatologie und Frühdiagnostik der Huntingtonschen Krankheit. Ztschr. f. Neurol. u. Psych. 111, 1927. — *Runge, W.:* 1. Atypische Fälle in Chorea Huntingtonfamilien, Arch. f. Psych. 79, 1926. 2. in Bumkes Handbuch d. Geisteskrankheiten VII. spez. Teil III: Psychosen bei Gehirnerkrankungen, S. 634. — *Scheele, H.:* Über psychopathieähnliche Zustände und Selbstmordneigung bei der Huntingtonschen Krankheit, Ztschr. f. Neurol. u. Psych. 137, 1931. — *Schob, F.:* Über atypische Krankheitsbilder in einer Huntingtonfamilie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 65, 1927. — *Schuchardt:* Chorea u. Psychose. Allg. Ztschr. f. Psych. 43, 1887. — *Schultze, F.:* Über Huntingtonsche Krankheit und fortschreitende familiäre Myoklonusepilepsie nebst Beobachtungen über rhythmische Polyklonien beim Menschen und beim Hunde. Dtsch. Ztschr. f. Nervenheilk. 75, 1922. — *Severin, M.:* Über eine eigenartige, bisher nicht beschriebene Symptomenreihe bei Chorea Huntington und verwandten Störungen. Arch. f. Psych. 83, 1928. — *Spielmeyer, W.:* Die anatomische Krankheitsforschung am Beispiel einer Huntington'schen Chorea mit Wilson'schem Symptomenbild. Ztschr. f. Neurol. u. Psych. 101, 1926. — *Strohmayer, W.:* In Bumkes Handbuch d. Geisteskrankheiten X, speziell. Teil VI: Angeborene und im frühen Kindesalter erworbene Schwachsinnszustände. — *Wasum:* Chorea-Huntington-Sippe. Arch. f. Psych. 103, 1935. — *Worster-Drought, C.* u. *Allen, J. M.:* Huntington's chorea. Ref. Zentr.Bl. f. Neurol. 56, 1930. — *Zinn, C.:* Beziehungen der Chorea zur Geistesstörung. Arch. f. Psych. 28 S. 411.

Digitized by Google

(Aus dem path.-anatomischen Institute der Krankenanstalt Hamburg-Friedrichsberg.) [Leiter: Oberarzt Dr. *Brack*.]

Statistisches über Beziehungen zwischen chronischer Geistesstörung und Todesursache.

Von

Dr. med. **E. Brack**, Prosektor und Facharzt für Urologie.

Die psychiatrische Disziplin hat sich bekanntlich in den beiden letzten Jahrzehnten eifrig unter Führung anatomisch interessierter Psychiater, wie *von Nissl*, *Alzheimer*, *Spielmeier*, *A. Jacob*, *Spatz*, *Wohlwill* und *Andern* in minutiöser Kleinarbeit bemüht, durch anatomische, bzw. histologische Studien vornehmlich und fast ausschließlich der Nervensubstanz selbst Klärungen neuropsychiatrischer Krankheitssymptome des Menschen herbeizuführen, was ja auch in bewundernswerter Weise, wenn auch ohne große praktische Erfolge für die Kranken selbst gelungen ist. Deshalb regt sich selbst unter den Psychiatern die Ansicht, daß die spezielle Hirnanatomie auf einem recht toten Geleise angekommen ist und der Neubefruchtung bedarf. Diese kann, will man auch heute noch materiellen Theorien weiter nachgehen, nur von der Seite der Allgemeinpathologie erwartet werden; es scheint deshalb dringend notwendig, die Organpathologie der Geisteskrankheiten auch unter allgemeinpathologischanatomischem Gesichtswinkel zu betrachten, wobei natürlich die erstere zu Gunsten der letzteren nicht an Bedeutung einbüßen soll und darf. So schien es gegeben, ein exakt neurohistologisch durchgearbeitetes Irrenanstaltsleichenmaterial einmal allgemeinanatomisch nachzuuntersuchen, was mit dieser Studie versucht ist.

In meiner ersten Arbeit als Prosektor einer Irrenanstalt habe ich — befangen noch in geschichtlichmedizinischen Gedankengängen, denen ich vorher in andersartiger Stellung nachgegangen bin — die schnellen Hirntodesfälle an Hand eines umfangreichen Sektionsprotokollstudiums untersucht und bin dabei zu dem Ergebnis gekommen, daß akute Zirkulationsstörungen den Tod durch Hirnüberblutung, seltener durch Hirnanämien oder Hirnödem verursacht haben; der Kreislauf und speziell das Herz waren damit zur eigentlichen Todesursache geworden.

In einer zweiten Untersuchungsreihe, welche der Encephalomalacieätiologie galt, glaube ich bewiesen zu haben, daß in 94% aller solcher Fälle ein Herzbefund sehr wesentlicher Art vorhanden war, woraus ich den Schluß zog: Nicht immer Hirnarterienveränderungen, sondern vornehmlich Kreislauf-, bzw. Herzstörungen verursachen die Enzephalomalazie.

Digitized by Google

Naheliegend war es nun, auch alle übrigen Irrenanstaltstodesfälle daraufhin zu untersuchen, ob und wie oft die Zirkulationsstörung, wie in den oben gekennzeichneten Fällen, eine wesentliche Rolle beim Todesvorgange spiele. — An Hand einer großen, zu anderen Zwecken angefertigten Liste, bin ich also, und zwar an 886, d. h. an allerdings nur 729 verwertbaren Sektionsprotokollen der letzten 10 Jahre dieser Frage nachgegangen; es sind dabei nur die Fälle in den Kreis unserer Beobachtung einbezogen, die über ein Jahr lang Anstaltsinsassen waren, von denen man also mit gutem Rechte annehmen konnte, daß sie wirklich geistesgestört waren.

Zur Vermeidung einer vielfach beklagten Einseitigkeit neuropathologischer Forschung scheint es mir notwendig, einmal an großem Leichenmaterial die Todesursachen der Geisteskranken zusammen zu stellen; dabei spielt allerdings für mich die Hoffnung mit, daß sich vielleicht daraus gewisse Gesichtspunkte für die Zusammenhänge der körperlichen und geistigen Veränderungen ableiten lassen würden.

Wie sich etwa der Anstaltsaufenthalt unserer Leichen in den verschiedenen Lebensphasen verhält, mag eingangs durch beifolgende Tabelle ersichtlich werden: Unter dem 10jährigen Krankenbestande (1925—1934) von ca. 20000 Gesamtaufnahmen betrug die Todesziffer etwa 3000, Jahresdurchschnitt also 300 Fälle; nur 28,4% dieser Fälle hatte länger als ein Jahr in der Anstalt gelegen, mithin sind in diesen 10 Jahren schätzungsweise 850 chronisch Geistesgestörte bei uns verstorben; diese verteilen sich, wie folgt:

Bei einem Anstaltsaufenthalt über

Lebensalter (beim Tode)	1	2	3	5	10	15	20	darüber Jahre	Sa.
20—29	3	5	7	7	3				25
30—39	16	13	9	12	2				52
40—49	25	24	24	19	3				95
50—59	43	28	27	19	4	6		1	128
60—69	63	44	38	35	8		4	10	202
70—79	96	47	42	31	8	1	1	8	234
darüber	57	30	29	25		4		5	150
Sa.	303	191	176	148	28	11	5	24	886

Ergebnisse aus dieser Tabelle:

1. Es starben in dieser Irrenanstalt mit zunehmendem Alter immer größere Mengen Kranker, so daß die Zahl jugendlicher Toter gering war, diejenige alter Toter bis etwa zum 10fachen anstieg.

2. Die Zahl der in den ersten Jahren nach Anstaltsaufnahme Verstorbener ist sehr erheblich; sie fällt ab mit der Dauer des Anstaltsaufenthaltes bis zu 20 Jahren etwa bis zum 30. Teil (die unter 1 Jahr Anstaltsaufenthalt Verstorbenen betrug nach früherer Zusammenstellung durchschnittlich über 70% aller unserer Verstorbenen).

Die klinische und, soweit als möglich anatomisch bestimmte Gehirndiagnose erstreckt sich bei 729 verwertbaren Fällen auf folgende Gruppen:

Digitized by Google

1. senile Hirnveränderungen	311 mal,
2. Paralysen	158 mal,
3. Hirnerweichungen	75 mal,
4. Kombinationsfälle (aus vorstehenden Gruppen 1—3)	35 mal,
5. andersartige Gehirnkrankheiten	150 mal,
zusammen	729 sezierte Fälle.

Die Abtrennung der Hirnerweichungen von den anderen Krankheitsgruppen konnte nicht immer exakt durchgeführt werden, da sowohl die Senildementen, wie auch die Paralytiker gelegentlich enzephalomalazische Herde aufwiesen. Die Gruppe der Kombinationsfälle (Gruppe 4 = 35 Fälle) bleibt im Folgenden unberücksichtigt. — Die oben erwähnten andersartigen Gehirnkrankheiten (Gruppe 5 = 150 Fällen) setzen sich zusammen aus

1. ak. Hirnschwellung bei Glomerulonephritis	1
2. ak. Hirnblutungen	3
3. Alkoholismus	5
4. Pick.	7
5. Alzheimer	4
6. Mult. Sklerose	9
7. Epilepsie	21
8. Paral. agit.	9
9. Hirntumor	11
10. Idiotie	9
11. Huntington	9
12. Man. Depression	4
13. Schizophrenie	13
14. Praecox	29
15. Paranoia	14
16. Katatonie	2
	150

Mit zunächst für unsere Frage noch unersichtlichem Erfolge habe ich bei diesen Gehirnkrankheiten noch weitere statistische Untersuchungen angestellt, welche vielleicht im allgemeinen Interesse liegen:

Bei den drei häufigsten Hirnkrankheitstypen wurde das Material auch noch nach Alter und Geschlecht geordnet; es ergab sich Folgendes:

Ein Alter von	bei senilen Hirnveränderungen			erreichten bei Paralyse			Erweichungen			zusammen
	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	
bis 39 Jahren		1	1	10	7	17	1	1	2	20
40—49 „		2	2	32	14	46	1		1	49
50—59 „	4	2	6	31	18	49	5	7	12	67
60—69 „	17	35	52	31	7	38	18	8	26	116
70—79 „	53	87	140	6	2	8	12	10	22	170
darüber	37	73	110				6	6	12	122
	111	200	311	110	48	158	43	32	75	544 Fälle

Digitized by Google

Ergebnisse aus dieser Tabelle:

1. Die Zahl der Paralysefälle beträgt kaum die Hälfte der zumeist arteriosklerotisch bedingten Krankheiten, also der senilen Hirnveränderungen und -erweichungen.

2. Beim weiblichen Geschlechte sind die senilen Hirnveränderungen, beim männlichen die paralytischen häufiger.

3. Die meisten Paralysefälle starben um das 50. Lebensjahr herum; die Träger seiner Hirnveränderungen werden meist wesentlich älter.

Ein intensiveres Augenmerk wurde den Hirndiagnosen besonders langjähriger Anstaltsinsassen zugewandt; es ergab sich:

Bei einem Alter von	hatten eine Anstaltsaufenthaltdauer a) 10—20			b) 20—30			c) darüber Jahre			von zus.
	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	
unter 49 Jahren	5	4	9					1	1	10
50—59 „	4	5	10	6	2	8	3	2	5	23
60—69 „	4	5	9	1	2	3	4	2	6	18
70—79 „	1	9	10	1		1		4	4	15
80—89 „	1	2	3							3
	15	26	41	8	4	12	7	9	16	69 Fälle

Es starben also die besonders langjährigen Anstaltsinsassen zumeist zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr; die Zahl der weiblichen langjährigen Insassen ist etwas größer als die der männlichen. Die psychiatrischen Diagnosen dieser Toten (57 verwertbare Fälle) sind:

	a)	b)	c)	Sa.
Senile Hirnveränderungen .	13	5	6	24
Praecox	5	1	4	10
Paranoia	4	3		7
Epilepsie	4			4
Man. Depression	2			2
Schizophrenie	2		2	4
Huntington	1			1
Idiotie	1			1
Friedreichsche Tabes	1			1
Multiple Sclerose	1			1
Hirntumor	1			1
Paralyse		1		1
Sa.	35	10	12	57

Ergebnis: Die Senildementen sind die längsten Anstaltsinsassen; es folgt Praecox und Paranoia; alle übrigen Erkrankungsfälle bleiben kürzere Zeit in der Irrenanstalt.

Digitized by Google

Stellt man nun gegenüber den psychiatrisch interessierenden Erkrankungsformen die Sektionsbefunde am übrigen Körper und damit die u. E. eigentlichen Todesursachen dieser 729 chronisch geistesgestörten Verstorbenen zusammen, so ergibt sich folgendes Bild; es starben

a) am Hirntode (Stat. epil., Stat. paral., Schizophrenie, Katatonie, Hirntumor)	etwa	3%,
b) an Herzerkrankungen	„	27,5%,
c) an kombinierten Herznierenkrankheiten	„	14%, 60%,
d) an kombinierten Herzlungenkrankheiten	„	18,5%,
e) an Lungenkrankheiten	„	22%,
f) an Erysipel, Dekubitus, Extremitätengangrän	„	1,5%,
g) an Urosepsis etc.	„	2,5%,
h) an Tuberkulose	„	3%,
i) an Karzinose	„	10%,
k) an selteneren Todesursachen	„	4%,
	Sa.	100%.

Über die in früherer Arbeit als selten bezeichneten Hirntodesfälle erwähne ich auch die hier hervortretende Seltenheit schwerer akuter Hirnhyperämie, wie sie im Status epileptikus und paralytikus, sowie bei Schizophrenie und Katatonie vorkommen; bei Hirntumoren führt das kollaterale Hirnödem m. E. zum endlichen Tode.

Unzweideutig geht aus vorstehender Erwägung die Tatsache auffallend starker Beteiligung des Herzens (60%) hervor. Zwar »sterben wir alle am Herzen«, aber ein Blick auf folgende Zusammenstellung zeigt deutlich, daß die akutschlaffen Herzen doch nicht gerade häufig einzige Todesursache waren. An reinen Herz- bzw. Aortaerkrankungen, also ohne wesentliche Beteiligung anderer lebenswichtiger Organe starben:

an brauner Herzatrophie	24	Fälle,
an Herzhypertrophie (bis Cor bovinum idiopathicum)	36	„ ,
an »schlaffen« Herzen	40	„ ,
an ausgesprochenen Herzfehlern	17	„ ,
an Myomalacia cordis	2	„ ,
an Herzrupturen	2	„ ,
an Coronarsclerose		
an Aortitis luica	80	„ ,

202 Fälle = 27,5% unseres Materials.

An kombinierten Herznierenleiden wurden 14% gebucht; es handelt sich meist um den bekannten arteriosklerotischen Altersbefundkomplex gleichzeitiger Coronar- und Nephrosklerose, seltener um ausgesprochene genuine oder auch pyelonephritische Schrumpfnieren mit Herzhypertrophie (letzteres vornehmlich bei jüngeren Leuten). — Die kombinierten Herzlungenleiden (18,5%) schlossen in sich besonders ältere Lungenerkrankungen mit Myodegeneratio, zum Teil bei rechtsseitigen Herzhypertrophien und einige Kyphoscoliosen. — An reinen Lungenerkrankungen (22%) starben

Digitized by Google

an Bronchopneumonien (meist ältere Leute)	88	Fälle,
an Pneumonien (vielfach jüngere Leute)	36	„ „
an Grippepneumonien (1927—1929)	9	„ „
an Lungenödem	11	„ „
an Trachiobronchitis	12	„ „
an Lungengangrän	3	„ „
an Lungenabzess	2	„ „
an Bronchektasen	2	„ „

163 Fälle = 22% unseres Materials.

Die (1,5%) Fälle von Erysipel, Dekubitus oder Extremitätengangrän starben infolge allgemeiner Sepsis, bei Dekubitus öfter — wie ich feststellen konnte — auf dem Umwege über eine Kreuzbeinosteomyelitis; alle Fälle hatten jedenfalls eine vergrößerte, weiche Milz; die ausgedehntesten Dekubitalgeschwüre wurden beobachtet bei jugendlichen marantischen Individuen mit Rückenmarkserkrankungen, z. B. bei Friedreichscher Tabes. Die Extremitätengangrän wurde meist als arterisklerotisch bedingt erkannt, selten spielte Diabetis mit Pankreasveränderungen eine Rolle. — Als uroseptische Fälle (2,5%) habe ich sowohl die häufigen, durch Prostatahypertrophiefolgen der Männer und durch Genitalprolapse der Frauen bedingte, wie auch die selteneren neurologisch, etwa durch Rückenmarks- oder auch Hirnleiden sekundär verursachten Entzündungen der Harnwege zusammengefaßt. — Die (3%) Tuberkulosen, denen natürlich alte Kreideherde nicht einbegriffen sind, setzen sich zusammen aus älteren Progredienten, zuweilen auch cavernösen Phthisen, aus einigen Fällen von frischer Alters-Lungentuberkulose, mehreren Fällen disseminierter Tuberkulose auch des Darmes (1 mal Durchbruchsperitonitis) und 2 Fällen von Miliartuberkulose Jugendlicher. — Die vielfach klinisch unerkannten (4% = 29 Fälle), oft schon lebermetastasierenden Karzinome lagen vorwiegend am Darmkanal, in je 4 Fällen an der Gallenblase, an Mamma und Uterus. — Unter den selteneren Todesursachen (4% = 30 Fälle) findet sich eine Leukämie, 3mal Impfmalaria, 3mal Leberzirrhose, 3mal durchgebrochenes Magengeschwür, 2mal eingeklemmter Bruch, 3mal schwerste Enteritis, 2mal Bolustod, 3mal Wirbelsäulenbandscheibenrisse, 1mal Ostitis fibrosa des Schädels, 4mal frische Hirnblutungen, 1mal Hypernephromatose, 1mal Melanosarcomatose, und 4 ungeklärte Fälle mit Marasmus senilis.

Nachzutragen wäre noch ein Wort über die 80 oben bezeichneten Fälle von Aortitis luica; sie führten m. E. häufiger, als allgemein angenommen wird, zum Tode, bei unserem Material weniger durch narbigen Verschluß der Coronarabgangsstellen (nur 3 Fälle), als besonders durch akute Hirnhyperämie infolge hyperämischer Nierenblockade. — Übrigens fand sich bei unseren 158 Paralysefällen nur in der Hälfte ausgedehnte Aortitis, in der anderen Hälfte wenig oder gar keine; bei jungen Leuten war die Aorta öfter zart, als bei alten Individuen, sodaß der Eindruck entstand, daß der paralytische Hirnbefund bei der Einzelperson frühzeitiger entsteht als die luischen Aortenveränderungen.

Macht man nun den Versuch, statistisch die oben beschriebenen Hirnveränderungen im einzelnen mit den oben ebenfalls detaillierten Todesursachen in Beziehungen zu setzen, so ergibt sich etwa folgendes Bild:

Digitized by Google

Die Fälle mit senilen Hirnveränderungen (311 Fälle) starben niemals durch Hirntod, vielmehr zu

etwa	9%	an Herzveränderungen, besonders Myodegeneratio vielfach bei gleichzeitiger Herzhypertrophie,
„	21%	an kombinierten Herznierenerkrankungen, besonders infolge Schrumpfnieren mit Herzvergrößerung,
„	22%	an kombinierten Herzlungenerkrankungen, vielfach durch Bronchopneumonien bei gleichzeitiger Myodegeneratio, braunem Herzen oder Herzhypertrophie,
„	27%	an Bronchopneumonien, bzw. Pneumonien,
„	1%	an Dekubitus etc.,
„	3%	an Prostatahypertrophiefolgen etc.,
„	2%	an Alterslungentuberkulose,
„	8%	an Karzinom,
„	7%	an andersartigen Todesursachen.
	100%	

Über ein Drittel der Senildementen starb demnach an akuten Lungenaffektionen. — Die weitaus meisten unserer Krebsfälle und viele Prostatahypertrophiefälle gehören zur Anstaltskrankengruppe der Senilen; Erysipel — oder Dekubitusfälle nennenswerter Art sind hier nicht gefunden, desgleichen keine Hirntodesfälle.

Zu bemerken wäre noch, daß der Versuch, das Herzlungensyndrom gegen das Herznierensyndrom abzugrenzen, oft an dem praktisch häufigen Zusammentreffen bronchogener Infekte mit Nephrosklerosen scheitert.

Bei der zweiten, nächst den Senilen häufigsten Gruppe von Anstaltskranken, bei den Paralysen (158 Fälle) ergab sich folgende Todesursache:

etwa	5%	Hirntodesfälle, reine Hyperämien ohne Herz-, Aorten- oder Lungenbefund; 1 mal nach Malariaimpfung,
„	19%	Herztodesfälle mit Aortitis (mit Hirnhyperämie), öfter bei Herzhypertrophie und auch bei braunem Herzen,
„	2%	Herznierenbefunde im Sinne meist der Aortitis mit Herzhypertrophie bei gleichzeitiger vielfach geringer Nephrosklerose,
„	38%	Herzlungenbefunde, d. h. meist bei gleichzeitiger Aortitis und bronchogener Infektion,
„	23%	reiner bronchogener Lungeninfekte,
„	5%	infektiöse Prozesse von ascendierender Urosepsis; keine Erysipele, kein Dekubitusfall,
„	3%	disseminierte Tuberkulosen besonders der Lungen,
„	3%	meist nicht erkannter Karzinome,
„	2%	andersartiger Todesursachen.
	100%	

Damit sind bei den Paralysen über die Hälfte der Fälle an »interkurrenten« Lungenaffektionen gestorben; die Folgen der Aortitis haben etwa $^1/_5$ der Fälle zu Tode gebracht, während die

Digitized by Google

Hirnerkrankung als Todesursache nur selten ausschlaggebende Rolle spielte.

Das bei den Senildementen so bedeutungsvolle Herznierensyndrom hat bei den Paralytikern nur eine sehr untergeordnete Bedeutung. — Schlechter als bei den Senildementen ist bei den Paralytikern eine Trennung der reinen Lungenerkrankungen von den Herzlungenkrankheiten möglich.

Die drittgrößte Gruppe der Anstaltsinsassen ist die sich klinisch allerdings weniger deutlich abgrenzende der Leute mit den meist ja arteriosklerotischen Erweichungsherden (75 Fälle); hier ergibt sich ein Zahlenverhältnis von

etwa	27%	Herztodesfälle, meist infolge Herzhypertrophie (bis zum stärksten Cor bovinum), auch bei Herzfehlern,
„	22%	Herznierentode, meist bei schwerster gleichzeitiger Koronar- und Nephrosklerose,
„	15%	Herzlungentode, viele davon mit Aortasklerose,
„	23%	reine bronchogene Infektionen,
„	6%	Urosepsis Prostatahypertrophieursprunges,
„	3%	Tuberkulosen,
„	1%	Karzinome,
„	3%	andersartige Todesursachen.
	100%.	

Die Hälfte der Enzephalomalaziefälle stirbt am Herzen, bzw. am Herznierensyndrom; bronchogene Affektionen sind in ein Viertel der Fälle festzustellen; Hirntodesfälle und Dekubitusfälle sind nicht festzustellen.

Die Gruppe der »andersartigen« Hirnerkrankungen (Gruppe 5) ist zu verschiedenartig zusammengesetzt, die Zahl der Fälle bei den einzelnen Krankheiten ist auch zu klein, als daß irgendwelche Gesetzmäßigkeit der Todesursache festzulegen wäre. Nur einige größere Gruppen konnten einer genaueren Durchsicht in diesem Sinne unterzogen werden:

In 21 Fällen von klinisch als genuin angesehener Epilepsie konnten nur 13 anatomisch als wahrscheinlich genuin bezeichnet werden, da nur bei diesen der Status epilepticus durch eine akute Hirnhyperämie meist stärksten Grades festgestellt wurde; ein Fall hatte eine hochgradige Herzhypertrophie, 3 hatten ein Herzlungensyndrom, 3 weitere zeigten eine reine bronchogene Infektion (einer davon hatte eine gangränescierende Pneumonie), beim letzten Falle lag eine akute Lungentuberkulose in Form frischer Aussaat vor.

Bei den Gruppen der Dementia praecox (26 Fälle), Paranoia (14 Fälle), Schizophrenie (13 Fälle) und Katatonie (2 Fälle) verhalten sich die eigentlichen Todesursachen so verschiedenartig, daß sich Gesetzmäßigkeiten kaum erwiesen; chronisch, wie akut Schwerkranke sind aus hirnfernen Ursachen zu Tode gekommen; akute Hirnhyperämie war nur 2 mal im Anfallstatus die Todesursache. — Etwas eigenartig lag bei der Dementia praecox insofern die Todesursache, als mit geringen Ausnahmen nur Lungenaffektionen zum Tode führten, daß in $^1/_3$ der Fälle Tuberkulosen bald nur pulmonal, bald disseminiert, 2 mal sogar miliar festgestellt wurde.

Digitized by Google

Dem hier gemachten Versuche einer Todesursachenstatistik bei alten Geistesgestörten wäre noch ein kurz zusammenfassendes Wort über seltenere Todesursachen hinzuzufügen; allerdings sind diese Ergebnisse in umgekehrter Weise entstanden, nicht nämlich durch Zusammenfassung einzelner Geisteskrankheiten, sondern durch diejenige der Todesarten: Zum Dekubitus (11 schwere Fälle) neigen aus den großen Gruppen der Gehirnkrankheiten höchstens die Senildementen, während Schizophrene, zumeist aber Tabiker ziemlich oft von schwerem Dekubitus befallen waren. — An Urosepsis schweren Grades starben nur 30 Fälle, von denen 21 auf Prostatahypertrophie, 2 auf Prolaps der weiblichen Genitalien und die restlichen 9 auf neurogene Ursachen zurückgeführt werden mußten; die letzterwähnten 9 Fälle bezogen sich zweimal auf multiple Sklerosen, 3 mal auf Tabiker, je 2 mal auf Senildemente und Encephalomalaciker. — Tuberkulose war in 31 Fällen Todesursache (alte Spitzentuberkulose ist natürlich hier nicht beachtet) in Form frischer Aussaat (10 mal), kavernöser Phthise (11 mal), Lungentuberkulose (2 mal), disseminierte Tuberkulose (8 mal, davon 1 mal mit Amyloidose); die zugehörigen Geisteskrankheiten waren senile Demenz (9 mal), Praecox (8 mal), seltener Paralyse (6 mal), Epilepsie, Idiotie (2 mal), Tabes, Pick. — Die 28 Fälle von Karzinom (15 mal der Darmkanal, 4 mal die Gallenblase, 4 mal die Mamma, 5 mal der Uterus) bezogen sich zumeist auf Senildemente (15 mal), ferner auf Präkox (4 mal), Paranoia (3 mal), Paralyse (3 mal), Alkoholdemenz (1 mal), Huntington (1 mal), Schizophrenie (1 mal).

Auf Grund dieser an sich recht trockenen Statistik der Hirnkrankheiten einerseits, der zugehörigen Todesursachen andererseits kann man nun zu einigen, praktisch m. E. sehr wesentlichen Rückschlüssen kommen; es ergibt sich nämlich für unser Gesamtleichenmaterial der letzten 10 Jahre,

1. daß vornehmlich drei größere Gruppen von Geisteskranken bei uns verstorben sind, nämlich Senildemente, Paralytiker und Encephalomalaciker (die kleineren Gruppen von Geisteskrankheiten, welche uns allerdings das interessanteste histologische Untersuchungsmaterial liefert, ist statistisch in unserem Sinne nicht verwertbar);

2. daß als Todesursache vornehmlich 5 Gruppen von Todesarten bei ihnen die weitaus häufigsten sind, nämlich der recht seltene Hirntod, der häufige Kreislauftod, das Herznierensyndrom, das Herzlungensyndrom und der Lungentod (die kleineren Gruppen seltenerer Todesursachen, die uns allerdings wissenschaftlich unter Umständen vor schwierige Probleme stellen, können statistisch für unsere Zwecke nicht ausgenutzt werden).

Digitized by Google

Die akuten Hirntodesfälle scheiden praktisch aus, weil von den Senildementen und von den Encephalomalacikern niemand, von den Paralytikern nur 5% auf diese Weise starben. Reine Lungentodesfälle sind akute, subakute oder chronische Erkrankungen der Luftwege in Form von eitriger Bronchitis, Bronchopneumonien und Pneumonien; als subchronisch bis chronisch bedingte Herzlungensyndromfälle habe ich diejenigen von frischeren und älteren Kombinationen von Herz- und Lungenveränderungen zusammengefaßt, also sowohl akut exogene Herzlungenstörungen, wie auch chronisch emphysematische, bronchiektatische und auch kyphoscoliotische Veränderungen; als subchronisch bis chronisch bedingte Herznierensyndromfälle bezeichnete ich die ja so häufigen, nebeneinander verlaufenden, meist progredienten, vornehmlich chronische Veränderungen von Herz und Nieren, die vornehmlich durch Sklerose der Herznierenarterien und -arteriolen bedingt sind und in Herzhypertrophie und Narbennieren, aber natürlich auch in anderen »Endzuständen«, wie etwa Klappensklerose und Nierencysten gipfeln (akutes Herznierensyndrom war bei uns in der Irrenanstalt nur ganz selten anzutreffen, nämlich bei einem Falle von akuter Glomerulonephritis mit akuter Herzerweiterung); reine Herztodesfälle sind durch ganz chronische Veränderungen des Herzens mit dauernder, kompensierter und irreversibler Kreislaufstörung verursacht.

Bei solchen Auffassungen läßt sich folgendes, tabellarisch festgehaltenes Bild entwerfen; es scheint mir zu allerlei berechtigten Rückschlüssen Veranlassung zu geben; es starben

	Senildementen %				von Encephalomalaciekranken %				Paralytikern %			
an reinen Lungenkrankheiten	27				22				23			
an Herzlungensyndrom	22	49			15	37			38	61		
am Herznierensyndrom	21		30	52	22		49	64	2		21	59
an reinen Herzleiden	9			79	27			86	19			82

Nach dem in dieser Arbeit geführten statistischen Beweise, insbesondere aber durch die vorstehende Tabelle bestätigen sich viele unserer bisher nur gemutmaßten Auffassungen über die Todesursachen wenigstens der drei großen Gruppen von chronisch Geistesgestörten; und zwar wie folgt:

1. Es starben diese alten Anstaltsinsassen zum allergeringsten Teile am Gehirn, sondern an »interkurrenten« Krankheiten;

2. Die Todesursachen waren zu ca. 80% durch den Lungenherznierenapparat, also durch den erkrankten Kreislauf bedingt; das Herz selbst war zu 60% der Fälle irgendwie beteiligt;

3. Der große Kreislauf war besonders stark bei den Encephalomalaciekranken, weniger bei den Senildementen, noch weniger bei den Paralytikern erkrankt, während der kleine Kreislauf am meisten bei den Paralytikern,

Digitized by Google

weniger bei den Senildementen, noch weniger bei den Encephalomalaciekranken in Mitleidenschaft gezogen war;

4. Auffallend hoch erschien uns die Erkrankungsziffer der Paralytiker an Herzlungenleiden (trotz der so häufigen Aortitis), sowie diejenige der Encephalomalaciker an Herz- bzw. Herznierenleiden (trotz des bei ihnen fast immer vorhandenen Lungenemphysems).

Faßt man nun weitergreifend die doch vornehmlich »endogenen« Ursachen der senilen Demenz und der Encephalomalacien zusammen und stellt sie denjenigen der doch exogen entstandenen Paralyse gegenüber, so ergibt sich, natürlich unter Berücksichtigung der effektiven Fallzahl, folgendes Verhältnis:

	Arteriosclerotische Hirnveränderungen %				Paralyse %			
Lungenerkrankungen	26	47	55	81	23	61	59	82
Herzlungensyndrom	21				38			
Herznierensyndrom	22	34			2	21		
Herzleiden	12				19			

Hier kann man noch deutlicher als in meinen früheren Aufstellungen ablesen, daß die Lungen bei Paralyse häufiger erkranken als bei Arteriosklerose, daß aber umgekehrt die Nieren bei Arteriosklerose öfter kranke Befunde zeigen als bei Paralyse, eine an sich ja gefühlsmäßig dem Pathologen nicht unbekannte Erfahrungstatsache; sie hat ihren wohl begreiflichen Grund m. E. in der bei beiden Krankheitsgruppen verschiedenartigen Dauer der Noxeneinwirkung: Je intensiver eine derartige Schädigung erfolgt, desto stärker sind die Mittel, mit denen der große Kreislauf, speziell die linke Herzseite und die Aorta sie auffängt und zu eliminieren sucht; je intensiver ferner die linke Herzseite arbeitet, desto mehr wird der kleine Kreislauf und damit die geschwächte Lunge für eine Entzündung geeignet gemacht. Erfolgt diese Schädigung langsamer, so kann der große Kreislauf selbst, besonders durch Inanspruchnahme der Nieren einen Ausgleich bewerkstelligen. Ist endlich das Nierensystem akut oder chronisch blockiert, resp. nicht mehr leistungsfähig, so erfolgt unter Umständen ein »Rückschlag« auf die Lungen.

Der Beweis hierfür liegt in der Art der hierher gehörigen Fälle, in denen also sowohl ein chronisches Herznierensyndrom, als auch ein meist akuteres Herzlungensyndrom anatomisch nachgewiesen ist; unsere zunächst nur vollständigkeitshalber aufgestellte obige Statistik ergibt nun, daß es zu 70% die hochbetagten alten Anstaltsinsassen sind, welche solche »Abkämpfungs«-erscheinungen aufweisen, daß Männer häufiger dieses ausgedehnte Lungenherznierensyndrom aufweisen als Frauen, daß hauptsächlich die Encephalomalaciefälle solchen Befund ergeben.

Digitized by Google

Bei solchen Auffassungen endlich scheint es mir heute verständlicher zu werden, daß in einer letzten, die absolute Fallzahl natürlich wieder berücksichtigenden Zusammenfassung der Todesursachen unserer drei Anstaltshauptkrankheitsgruppen das Herz in 56%, der kleine Kreislauf in 51%, der große Kreislauf in 30% dieser Fälle erkrankt gefunden wurde. Ich muß dieses Resultat, wie das allerdings hier nicht im einzelnen ausgeführte Ergebnis aller übrigen hier gebrachten Statistiken folgendermaßen bewerten:

Die alten Anstaltsinsassen, besonders die Paralitiker, Encephalomalaciker und Senildementen bekämpfen laufend mehr oder weniger chronisch einwirkende Noxen; trotz Vorschaltung des »Lungensiebes« hat bei der Bekämpfung dieser Noxen die linke Herzseite des Kranken die Hauptarbeit zu leisten; wird sie akuter überansprucht, so werden die hierdurch geschwächten, d. h. vorübergehend unterbluteten Lungen zur Krankheit disponiert; erfolgt die linksseitige Herzüberlastung chronischer, so vermag sie einen Teil der Arbeit auf die Nieren abzuwälzen; lassen auch diese in ihrer Leistungsfähigkeit nach, so gibt es, m. E. sehr häufig gerade bei den chronisch Geisteskranken, einen Rückschlag auf die nun besonders fehlerhaft befluteten Lungen.

Man mag über statistisch begründete Rückschlüsse denken wie man will, ich glaube durch die Betonung der großen Häufigkeit somatischer andersartiger und todbringender Veränderungen besonders des Kreislaufes den schlagenden Beweis für die Forderungen erbracht zu haben, daß der Irrenarzt nicht so einseitig werden darf, daß er vor allem auch Kreislaufspezialist sein muß, wie ich das in früheren Arbeiten bereits betont habe.

Übrigens ist es auch nicht berechtigt, bei Beurteilung dieser Statistik etwa ganz besonders kritisch deshalb zu sein, weil ja die Gesamtbewertung des einzelnen Obduktionsbefundes in gewisser Weise dem jeweiligen Obduzenten überlassen bleibt; ich weise deshalb darauf hin, daß das hier bearbeitete Material zum weitaus größeren Teile von anderer Hand seziert wurde!

Fragt man nun nach den ätiologischen Zusammenhängen zwischen Geisteskrankheit und Tod, so muß man diese, vielleicht im Gegensatz zu bisherigen andersartigen Auffassungen, insofern bejahen, als eine allerdings sehr verschiedenartig ablaufende Kreislaufstörung wenigstens für die großen Hauptgruppen der Geisteskrankheiten ursächlich für beides verantwortlich gemacht werden kann. Beweise für die Abhängigkeit dieser Arten von Geisteskrankheiten vom gestörten Kreislaufe sind allerdings noch nicht lückenlos erbracht; vorstehende Statistik macht sie mehr als wahrscheinlich; die Abhängigkeit des Todes dieser Geisteskranken von Kreislaufeigenarten ist jedoch hier noch fester begründet, als sie es vorher war. — Gemeinsame Ursächlichkeit von Geisteskrankheit und Todesursache möchte ich also wenigstens bei den großen Geisteskrankheitsgruppen angesichts vor-

Digitized by Google

stehender statistischer Ergebnisse für wohl möglich erachten, wodurch sowohl die Geisteskrankheit, wie auch die zu Tode führende Erkrankung zu Einzelsymptomen ein und derselben Veränderung des Gesamtorganismus wird.

Es muß dem Bemühen der speziellen Psychiatrie, bzw. der psychiatrisch spezialisierten Serologie überlassen bleiben, in der Erkenntnis der verschiedenartigen Noxen, ihrer Einwirkungsstärke und -dauer vorwärts zu kommen; die Pathologie aber hat, zumal angesichts dieser neuen statistischen Erhebungen, auch auf dem Gebiete der Geisteskrankheiten die Pflicht, die gesamten somatischen Leichenbefunde des psychiatrischen Einzelfalles zu analysieren, bzw. Fallgruppen miteinander zu vergleichen, zumal das Gebiet der Neurohistologie uns nahezu erschöpfend und leider für das Wohl der Kranken auffallend wenig erfolgreich bearbeitet erscheint.

Digitized by Google

(Aus der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie, Kaiser-Wilhelm-Institut, München.)

Erwartungen, Ergebnisse und Ausblicke in der pathologischen Anatomie der Geisteskrankheiten [1]).

Von

W. Scholz.

Alles Leben, das unserer Beobachtung zugänglich ist, ist an Formen gebunden. Bewegungen und Veränderungen der Gestalt sind es, die uns den Eindruck des Lebendigen vermitteln. Wenn wir das Lebendige seinem Wesen nach zu ergründen suchen, so geben wir uns zunächst Rechenschaft, wie die Form beschaffen ist, in der sich das Leben äußert. Möge es sich um eine einzelne Zelle, oder um ein kompliziertes Gebilde handeln, wir nehmen das Gestaltliche zur Leitschnur, wenn wir aus der Gesamtheit der Lebensprozesse die Einzelvorgänge herausschälen wollen, die uns die Mannigfaltigkeit der Lebensäußerungen verständlich machen und wenn wir die Bedingungen klar legen wollen, unter denen Leben bestehen oder nicht bestehen kann. Schon die unbefangene Anschauung des Alltags lehrt uns, daß Lebensgesetzlichkeiten und Formgesetzlichkeiten in enger Abhängigkeit voneinander stehen. Wir unterscheiden die verschiedenen Teile einer Pflanze und wissen, daß sie ihr Leben nur dann erfüllen kann, wenn ihre Teile entsprechend beschaffen sind. Die Form ist in der Biologie nichts anderes als ein Ausdruck des Lebens; sie ist sein selbst geschaffenes Gefäß und als solches für seine Existenz von grundlegender Bedeutung. Wo das Leben erlischt, zerbricht die Schale und wo die Form zerstört wird, vergeht das Leben. Die morphologische Betrachtungsweise ist deshalb von jeher eine wesentliche Seite der Lebensbeobachtung gewesen. Kein wahrhafter Morphologe freilich wird seine Methode für die wesentlichste halten; je höher organisiert ein Gebilde ist, umsomehr werden andere Methoden der Lebensbeobachtung an die Seite der Morphologie treten, und nur aus ihrer Gesamtheit ist ein umfassendes Bild der Lebensvorgänge zu gewinnen. Denn die morphologischen Denkmöglichkeiten haben ihre natürlichen Grenzen. Die morphologischen Denkweisen sind einerseits bestimmt von all-

[1]) Vortrag, gehalten anläßlich der Stiftungsratsversammlung der Forschungsanstalt am 5. Mai 1936.

Digitized by Google

gemeinen biologischen Einsichten; anderseits werden sie beeinflußt von Eigentümlichkeiten, die im Wesen und Verhalten der Substanz liegen, aus der die Form gebaut ist. Man hat den Morphologen öfter vorgeworfen, daß ihr Denken mechanistisch sei und deshalb den eigentlichen Kern des Lebens nicht berühre. Wo solche Urteile nicht auf mangelnder Kenntnis beruhen, muß den Kritikern entgegengehalten werden, daß die Morphologie sich ihrer Methode nach mit dem Stofflichen befassen muß, aus dem die Form gebildet ist. Es hieße aber die Augen verschließen, wollte man die Gesetzlichkeiten der Materie, die uns z. B. Physik und Chemie vermitteln, nicht in vollem Umfang zur Anwendung bringen. Viele Verhaltensweisen würden uns unverständlich und unerklärlich bleiben. Wir sehen überall, daß sich das Leben zur Schaffung und Erhaltung seines Gefäßes der Gesetzlichkeit bedient, die der Materie eigentümlich ist; deshalb muß die morphologische Denkweise, soweit es sich um solche Gesetzlichkeiten handelt, mechanistisch sein. Kein Morphologe wird darüber vergessen, daß die schöpferische Kraft des Lebens einer Auflösung oder Synthese nach mechanischen Prinzipien unzugänglich ist.

Aus dem großen Gebiet der morphologischen Biologie steckt sich der pathologische Anatom sein Arbeitsfeld ab. Er beschäftigt sich mit der Morphologie der Lebensvorgänge, die uns unter dem Bild der Krankheit erscheinen. Es ist heute längst allgemeines Wissensgut geworden, was die pathologische Anatomie für die Biologie und für die Krankheitsforschung im Besonderen bedeutet, und welchen Einfluß sie auf ihre Entwicklung nimmt. An sie wird immer dann die Frage gerichtet werden, wenn wir uns über das Zustandekommen derjenigen Lebensvorgänge Rechenschaft geben wollen, die wir als vom Durchschnitt wesentlich abweichend erkannt haben, oder wenn wir die Bedingungen suchen, die mit der Existenz des Lebens nicht mehr vereinbar sind.

Der morphologische Gedanke in der Krankheitsforschung hat sich auf kaum einem anderen Gebiet fruchtbarer erwiesen als bei den Erkrankungen des Nervensystems. Unser ganzes Wissen von den Funktionen des Nervensystems und die gesamte topische Diagnostik in der Neurologie haben die in mühsamer Arbeit errungene Kenntnis vom Bau des Nervensystems zur Grundlage. Und auch die Psychiatrie ist durch die Herdpathologie des Gehirns, die uns zeigt, daß bestimmt lokalisierte Zerstörungen immer die gleichen Funktionsänderungen zur Folge haben, in vieler Hinsicht bereichert worden. In den morphologischen Bemühungen, die das Prinzip der Lokalisation geistiger und körperlich nervöser Funktionen bzw. deren Störungen verfolgten, bedeuten die Namen von Männern wie *Meynert*, *Gudden*, *Monakow*, *Flechsig* und später *Oskar Vogt* und *Brodmann* und noch manche andere jeder ein Programm für sich. Der erste Versuch, eine Psychiatrie auf hirnpathologischer Grundlage aufzubauen, stammt von

Digitized by Google

Wernicke. In dieser Richtung liegen auch die Bemühungen *Kleists* und seiner Schule.

Zur Voraussetzung hat diese pathologisch anatomische Forschungsrichtung, daß die Veränderungen im Gehirn an Zahl und Umfang begrenzt sind, oder sich in Zentren und Systemen mit bestimmter Funktion abspielen. Wo sich aber ein Krankheitsprozeß mehr oder weniger gleichmäßig über große Teile des Zentralnervensystems ausbreitet, wie dies bei der Paralyse der Fall ist, oder wo, wie bei der multiplen Sklerose, überall zahlreiche kleinere und größere Herde vorhanden sind, da verliert diese Methode ihren Sinn. Sie bedarf auch dort, wo sie sich als berechtigt erweist, die Ergänzung durch eine andere Methode pathologisch anatomischer Forschung. Wohl lehrt uns nämlich die lokalisatorische Pathologie aus den Krankheitsäußerungen zu schließen, wo im Einzelfall die krankhaften Veränderungen im Nervensystem zu suchen sind; sie sagt uns aber nicht, was sich dort abspielt oder wie das, was vor Zeiten einmal dort stattgefunden hat, zustandegekommen ist. Hier tritt die histopathologische Forschung in ihr Recht. Sie stellt die Art der Gewebsveränderung fest, sie sagt uns, welche Krankheit vorliegt, ob wir es mit einem abgelaufenen oder einem fortschreitenden Krankheitsvorgang zu tun haben, auf welche Weise und welchem Wege der Schaden entstanden ist, und in welcher Richtung die Krankheitsursache gesucht werden kann. Dieser Zweig morphologischer Krankheitsforschung, der in der Körperpathologie mit *Virchow* zur vollen Blüte gelangte, ist in der Neuropathologie noch ziemlich jung. Es bedurfte erst der Entdeckung besonderer technischer Methoden, die eine Auflösung des komplizierten Gewebsbildes der nervenzellhaltigen grauen Substanz des Nervensystems ermöglichten, ehe man die gerade bei psychischen Krankheitszuständen in Frage kommenden feineren Gewebsveränderungen erkennen und ihrer Art nach bestimmen konnte. Dieser entscheidende Fortschritt ist um die Jahrhundertwende durch *Nissl* gebracht worden. Die außerordentlich reichen Entdeckungen, die dann in den folgenden zwei Jahrzehnten in der Histopathologie der Geisteskrankheiten durch ihn selbst, durch *Alzheimer*, *Spielmeyer* und ihren Schülerkreis gemacht wurden — ich nenne hier nur die Ergebnisse bei der Paralyse, den arteriosklerotischen und senilen Erkrankungen — ließen mit Recht die Erwartung zu, daß sich die Wahrheit des Satzes: »Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten«, auf diesem Wege würde erweisen lassen. Warum hätte man für das so außerordentlich verbreitete Jugendirresein und die Epilepsie, die in ihrem Verlauf doch zu offenkundigen, wenn auch andersartigen psychischen Defektzuständen wie die Paralyse oder der Altersblödsinn führen, nicht eine greifbare anatomische Grundlage fordern dürfen? Die Anatomie hätte einen Hirnbefund bringen sollen, mittels dessen die Krankheitszuordnung wie bei der

Digitized by Google

Paralyse auch ohne Kenntnis des klinischen Bildes möglich gewesen wäre, der uns durch seine Eigenart oder auch seine Lokalisation erklärt hätte, warum die psychischen Defekte so ganz anders aussehen als bei den sogenannten organischen Hirnerkrankungen. Sie hätte uns zeigen sollen, auf welche Weise die Hirnschädigung entsteht, und welche Wege zu gehen wären, um diesen Krankheiten wirksam entgegenzutreten.

Es haben sich nicht die schlechtesten Vertreter der Histopathologie um die Lösung dieser Aufgabe bemüht, und es wird wohl kaum jemanden geben, der sich einmal mit Histopathologie befaßt hat und sich nicht selbst an diesem Problem versucht hätte, der sich nicht bei jeder einigermaßen aussichtsvollen Gelegenheit erneut daran versuchen würde, sei es nun, daß die technischen Methoden eine Bereicherung erfahren, sei es, daß neue allgemeinpathologische Erkenntnisse gewonnen werden.

Wie sehen den Erwartungen gegenüber aber die Ergebnisse aus?

Für das sogenannte Manisch-depressive -Irresein, dessen Krankheitsphasen in völlige Heilung auszugehen pflegen, hatte man von vornherein mit einem krankhaften Befund im Gehirn nicht sehr gerechnet. Und bei den chronischen Geisteskrankheiten mit ihrem großen Pronzentsatz unheilbarer Fälle, bei den Schizophrenien und der Epilepsie sind die Ergebnisse teils unbefriedigend, teilweise liegen sie in ganz anderer Richtung als die Erwartungen gingen. An Mitteilungen über Befunde am Gehirn schizophrener Kranker besteht gewiß kein Mangel. *Alzheimer* selbst und seine Schüler haben bereits solche Befunde vorgelegt. Ihr Interesse war besonders darauf gerichtet, die Summe der Ausfälle an nervöser Substanz zu erfassen, die man nach jahre- oder jahrzehntelangem Bestehen dieser chronischen Krankheit zu erwarten sich berechtigt glaubte. Man sagte sich: wenn das offenbar schleichende Krankheitsgeschehen schon schwer zu greifen ist, so wird sein schließliches Ergebnis im Sinne eines Verlustes an nervöser Substanz nach vielen Jahren doch deutlich sein. Das Resultat dieser Bemühungen bedeutete eine Enttäuschung. Man benötigte wegen der Geringfügigkeit der Befunde die mikrophotographische Bildvergleichung mit homologen Stellen von normalen Hirnrinden, um überhaupt zu der Feststellung gelangen zu können, daß in der Hirnrinde gewisse Ausfälle an Nervenzellen vorhanden seien. Wer die Schwierigkeiten der Homologisierung kennt, das Lebensalter und die individuelle Schwankungsbreite im Aufbau des Zentralorgans berücksichtigt, die ja schon aus den weiten Grenzen ersichtlich ist, in denen das normale Hirngewicht sich bewegt, der wird kaum geneigt sein, diesem Befund eine überzeugende Beweiskraft zuzuerkennen. Nicht besser ist es dort, wo sogar Schichtstörungen in der Hirnrinde gefunden wurden, Befunde, die keinen Geringeren als *Kraepelin* veranlaßt haben, darin Beziehungen zu

Digitized by Google

gewissen elementaren psychopathologischen Phänomenen zu suchen. Wir lesen heute solche Bilder genetisch vielfach anders, zumal wir erst neuerdings wieder aus *von Braunmühls* Untersuchungen gelernt haben, daß in schweren Erregungszuständen, ganz gleich welcher Ursache, solche Ausfälle infolge von Kreislaufstörungen entstehen können. An solchen Erregungszuständen leiden schizophrene Kranke aber bekanntlich nicht selten. Auch eine der besten Untersuchungen der neueren Zeit, nämlich die von *Josephy*, der am sorgfältigsten und mit besonderer Kritik schon bei der Auswahl des Materials gearbeitet hat, hat die anatomischen Ergebnisse bei dieser Krankheit nicht entscheidend zu bereichern vermocht. Vergleichende Hirnuntersuchungen, die zur Feststellung der Schwankungsbreite des Normalen an unserem Institut an plötzlich Verstorbenen und insbesondere durch *Spielmeyer* an Hingerichteten ausgeführt worden sind, haben gezeigt, daß die von *Josephy* als kennzeichnend aufgeführten herdförmigen Nervenzellausfälle, die noch dazu abweichend von allen Regeln pathologischen Hirngeschehens keinerlei Gewebsreaktion hervorrufen sollen, sich auch in den Gehirnen geistig Gesunder vorfinden, und demnach kaum anders als architektonische Varianten gewertet werden können. Nicht anders steht es mit den außerordentlich banalen Nervenzellveränderungen. Unter diesen Umständen erscheinen die Versuche zu einer Lokalisation von histologischen Veränderungen in der Brodmann-Vogtschen Rindenfelderung bei der Schizophrenie verfrüht, wie das *Bodechtel* in der kritischen Besprechung neuerer Arbeiten richtig vermerkt hat.

Nicht weniger unbefriedigend sind die Versuche verlaufen, die gemacht worden sind, um bei der erblichen Epilepsie den selbständigen Hirnprozeß zu finden, der nach dem fortschreitenden Verlauf dieser Krankheit und besonders angesichts der schweren epileptischen Verblödung vermutet wurde. Es ist damit noch schlechter bestellt als bei den Schizophrenen. Gewiß, wir haben Befunde, und zwar Befunde, die zweifellos krankhaft und in ihrem diagnostischen Wert sehr viel höher einzuschätzen sind als bei den Schizophrenien, aber ihre Bedeutung ist eine ganz andere als die erwartete. Sie beruhen nicht auf der zerstörenden Wirkung des hypothetischen Hirnprozesses, sondern sie sind das Ergebnis eines pathophysiologischen Vorganges am Hirngefäßapparat, welcher mit der die Epilepsie kennzeichnenden Krankheitsäußerung verknüpft ist, nämlich mit den Krampfzuständen. Diese Befunde sind deshalb auch der erblichen Epilepsie nicht eigentümlich, sondern sie sind in gleicher Weise bei allen Krankheiten festzustellen, bei denen solche Krampfzustände auftreten. Ich werde auf diese Befunde, die ich hier begrifflich nicht ganz genau, aber der Kürze halber Krampfschädigungen nennen will, später noch einmal zurückkommen, wenn ich an einigen Beispielen zeige, wie die pathologisch-anatomische Arbeit auf die

Digitized by Google

psychiatrisch-neurologische Krankheitsforschung und auch auf die Beurteilung praktischer Fragen Einfluß gewinnen kann.

Lassen Sie mich vorher kurz bei dem Vorwurf verweilen, der der Hirnpathologie gelegentlich gemacht worden ist, nämlich daß sie gerade bei den erwähnten, im Mittelpunkt psychiatrischen Interesses stehenden konstitutionellen Krankheiten, mindestens aber bei den Schizophrenien, nichts erbracht habe. Wenn wir den ganzen Komplex kritisch betrachten, werden wir uns auch die Frage vorlegen müssen, ob wir denn so maßgebliche Gründe besitzen, um bei diesen Krankheiten von der pathologischen Anatomie einen Hirnbefund einfach zu fordern. Sicher, wir müssen das, was wir als klinische Krankheitsäußerungen beobachten, das veränderte Fühlen, Denken und Erleben solcher Kranker, das wir letzten Endes nicht mehr verstehen können, schließlich mit einer Störung der Hirnfunktion in Zusammenhang bringen. Sagt uns aber diese gestörte Hirnfunktion, daß das Gehirn notwendig im Sinne eines Defektes verändert sei? Um einen Vergleich zu gebrauchen: Setzt, wenn eine Maschine ein fehlerhaftes Produkt liefert, dies immer voraus, daß in ihr selbst ein Bestandteil zerbrochen ist? Die Schuld an einem solchen mangelhaften Produkt kann natürlich in einem Defekt des Organs, oder wenn ich den Vergleich weiter gebrauchen darf, der Maschine liegen. Aber es muß wohl nicht so sein. Man kann sich leicht vorstellen, daß der Fehler auch im Material liegt, das zur Verarbeitung angeboten wird, oder daß Unterschiede im Antrieb einzelner Teile oder des Ganzen eine qualitativ andere Leistung bedingen. Mit Hinsicht auf das Gehirn können also die betriebsnotwendigen Stoffe eine abnorme Zusammensetzung haben, einzelne vielleicht ganz fehlen. Wir kennen ja die schweren geistigen Veränderungen, die mit Schilddrüsenmangel verknüpft sind, Zustände, bei denen von Hirnschäden im Sinne eines fortschreitenden Prozesses oder eines Defektes nicht die Rede sein kann, schon weil die Zufuhr des Schilddrüsenstoffes den scheinbaren Defekt behebt. Sind wir zudem so sicher in der Feststellung von psychischen Defekten im Sinn des unwiderbringlich Verlorenen, die uns zur Erwartung eines morphologischen Dauerschadens berechtigten? Überraschende Leistungen alter, anscheinend verblödeter Schizophrener, sogenannte gute Tage bei chronisch Geisteskranken, die seit Jahrzehnten als völlige Ruinen galten, und nun auf einmal unerwartete seelische Funktionen offenbaren, kennt jeder Anstaltspsychiater. Schon das muß hinsichtlich eines Hirndefektes, mindestens aber bezüglich seines vermuteten Ausmaßes zu Bedenken Anlaß geben. Und es ist noch nicht lange her, daß wir uns nach den Erfolgen der Malariabehandlung bei der sogenannten paralytischen Demenz eine Korrektur mancher unserer Auffassungen gefallen lassen mußten. Wir haben da an nicht wenigen Fällen lernen müssen, daß mancher

Digitized by Google

Mangel, den wir als Ausdruck einer Verblödung, eines Defektes im anatomischen Sinne betrachtet haben, nur eine vorübergehende Störung der Funktion war, und daß der anfänglich riesengroß erscheinende Defekt auf verhältnismäßig unscheinbare Reste zusammengeschrumpft ist. Pathologisch-anatomisch hat man dann oft die allergrößten Schwierigkeiten, noch etwas von der Paralyse festzustellen, geschweige denn, daß man von einem Defekt sprechen könnte, der einen Rückschluß auf psychische Mängel erlaubte.

Die Berücksichtigung aller dieser Gesichtspunkte wird uns anders urteilen lassen über die Ergebnisse der pathologischen Anatomie, die eben die postulierten Hirnprozesse, bzw. die darauf beruhenden Defekte bei den in Frage stehenden Krankheiten bisher nicht überzeugend hat nachweisen können. Auf Grund der Einsicht, daß auch geistige Dauerveränderungen nicht auf einer morphologisch bestimmbaren Hirnschädigung zu beruhen brauchen, sondern, wie das Beispiel des Schilddrüsenmangels zeigt, durch eine Störung der Funktion anderer Körperorgane bedingt sein können, werden wir uns bei unseren morphologischen Forschungen jedenfalls nicht auf die Untersuchung des Gehirns beschränken dürfen. Wir werden bei diesen in der Konstitution verankerten Geisteskrankheiten mit morphologischen Methoden den Relationen zwischen Gehirn und Organen auf die Spur zu kommen trachten, wobei uns zunächst jene Krankheitszustände gewissermaßen als Modell dienen müssen, bei denen nachweisbare Veränderungen im Gehirn mit solchen an den Organen in Beziehung gebracht werden können.

Wir kennen solche Relationen schon bei manchen erblichen Krankheiten. Vor zwei Jahren hat mein Lehrer *Spielmeyer* an dieser Stelle darüber berichtet und auf die Bedeutung allgemeiner Lipoidstoffwechselstörungen im Ursachenkreis einer bestimmten Form erblicher Idiotie hingewiesen. Diese erbliche Stoffwechselstörung kann in der gleichzeitigen Erkrankung des Gehirns und der Organe, aber auch des Gehirns allein zum Ausdruck kommen und erscheint dann eben als Idiotie. Unsere Untersuchungen waren damals noch nicht so weit gediehen, um bei einer anderen familiär auftretenden Krankheit, nämlich bei der Linsenkerndegeneration, der sogenannten Wilsonschen Krankheit die Beziehungen klarer zu übersehen, die zwischen der dabei vorhandenen Leberzirrhose und den Hirnveränderungen bestehen. Hier hat uns eine umfangreiche Untersuchung, die *Stadler* an unserem Institut ausgeführt hat, ein Stück weiter gebracht. Wir sind einmal von anderer Seite an das Problem herangegangen, indem wir festzustellen suchten, ob gewöhnliche Erkrankungen der Leber irgendeinen Einfluß auf das Gehirn hätten, und wie zutreffendenfalls solche Hirnveränderungen beschaffen seien. Wir haben über einen längeren Zeitraum die Gehirne aller der im Krankenhaus München-Schwabing Verstorbenen systematisch unter-

Digitized by Google

sucht, die an den verschiedensten Erkrankungen der Leber gelitten hatten. Wir haben dabei gefunden, daß manche Leberkranken, und zwar besonders die mit hochgradiger Leberzirrhose, sowohl der Art wie der Lokalisation nach, die gleichen Hirnveränderungen aufweisen wie die Fälle mit familiärer Linsenkerndegeneration, ja daß diese Hirnveränderungen in einzelnen Fällen auch dem Ausmaß nach von den einfach Leberkranken erreicht werden. Damit erscheint die Lebererkrankung bei der Entstehung der Hirnerscheinungen der Wilsonschen Krankheit in einem besonderen Lichte. Man kann nicht mehr ein einfaches Nebeneinander von Gehirn- und Lebererkrankung annehmen, sondern die Lebererkrankung erscheint jetzt als eine wesentliche, vielleicht die wesentliche Ursache für die Erkrankung des Gehirns, die obwohl sie gewöhnlich das klinische Bild vollkommen beherrscht, dadurch den Charakter einer sekundären Erscheinung erhielte. Tatsächlich gibt es ja auch Fälle von sogen. Wilson abdominal, bei denen nur Leberveränderungen bestehen und die Gehirnveränderungen, man darf wohl sagen, »noch nicht« vorhanden sind. Ob neben der Anlage zur Erkrankung der Leber bei der Wilsonschen Krankheit auch noch eine anlagemäßige spezifische oder unspezifische Schwäche des Gehirns eine Rolle spielt, wissen wir zur Zeit nicht. Morphologisch hat sie bisher keinen eindeutigen Ausdruck gefunden. Auffällig war immerhin, daß bei den Leberkranken unserer Untersuchungsreihe Hirnerscheinungen im klinischen Bild sich ganz im Hintergrund hielten, soweit sich das rückschauend noch mit einiger Sicherheit hat bestimmen lassen. Die Erblichkeitsforschung wird in Anbetracht der Bedeutung der Leberveränderungen für die Erkrankung des Gehirns in Zukunft ihr Augenmerk in den Wilson-Familien noch mehr als bisher auf das Vorkommen von Lebererkrankungen richten müssen. Praktisch bedeutungsvoll könnten unsere Feststellungen für eventuell zu ergreifende Heilmaßnahmen bei den Wilson-Kranken werden, nachdem man vorher eine vielleicht spezifische Störung der Leberfunktion ermittelt hat. Der eigentliche Wert für unsere Fragestellung liegt aber darin, daß wir über gewisse Modalitäten Aufschluß erlangen, unter denen es bei Erbleiden zur Hirnkrankheit kommt. Die allgemeine Gültigkeit der lange Zeit herrschenden These, die sogenannten heredodegenerativen Nervenkrankheiten entstünden dadurch, daß gewisse Teile des Nervensystems infolge einer vererbten, auf sie allein beschränkten Lebensschwäche frühzeitig und für sich allein zugrunde gingen, gewissermaßen aus sich selbst heraus abstürben, erweist sich an solchen Untersuchungen als unrichtig. Wir sehen vielmehr, daß bei erblichen Krankheiten, die sich klinisch allein oder vorzugsweise am Nervensystem äußern, die vererbte Organschwäche das Nervensystem vielleicht gar nicht zu betreffen braucht, sondern daß die Hirnschädigung erst aus einer anderweitg charakterisierten abnormen

Digitized by Google

Konstitution erwächst. Solche Erkenntnisse, meine ich, sind für die Krankheitsforschung bei den konstitutionellen Geisteskrankheiten von nicht zu unterschätzendem heuristischem Wert.

Bei den konstitutionellen Geisteskrankheiten liegt die Sache nun freilich längst nicht so einfach, weil eben, wie schon gesagt, charakteristische Hirnveränderungen bis jetzt mit einiger Sicherheit gar nicht festgestellt worden sind, und auch die Suche nach kennzeichnenden Veränderungen an den Organen, z. B. an Drüsen innerer Sekretion, trotz einer in manchen Fällen deutlichen körperlichen Stigmatisierung bisher im wesentlichen ergebnislos verlaufen ist. Trotzdem werden wir die Sache nicht verloren geben. Nur muß der Weg vielleicht anders gegangen werden als bisher.

Wir werden die Untersuchung einzelner Organe vorläufig etwas in den Hintergrund stellen müssen, bis uns eine genauere Ermittlung der körperlichen Gesamtkonstitution mittels Untersuchungen an der Leiche neue Gesichtspunkte für die morphologische Behandlung konstitutionspathologischer Fragen bringt. Es zeichnen sich auf dem somatischen Feld der psychiatrischen Konstitutionsforschung bereits manche Richtungspunkte ab, an denen sich auch der pathologische Anatom mit seiner Arbeit orientieren kann. Ich denke u. a. an die Untersuchungen *Kretschmers*, der auf bestimmte Relationen zwischen körperbaulicher und seelischer Artung hingewiesen und die von ihm aufgestellten psychophysischen Typen in Beziehung zu den großen Kreisen der konstitutionellen Geisteskrankheiten gebracht hat. Weiter erblicke ich in den Stoffwechseluntersuchungen, die unter psychiatrischen Gesichtspunkten in gemeinsamer Arbeit der *Romberg*'schen und *Bumke*'schen Klinik von *Jahn* und *Greving* gemacht worden sind, eine Anregung für den pathologischen Anatomen, nun seinerseits einen Beitrag auf breiterer Grundlage zu leisten. Sie stellten fest, daß verschiedene Arten neuropathischer Veranlagung, aber auch schizophrener Erkrankung mit bestimmt charakterisierten, vom Durchschnitt abweichenden Stoffwechselabläufen verknüpft sind. In mehreren Fällen von Katatonie hatte die aus der konstitutionellen Stoffwechselanomalie selbst entstehende toxische Einwirkung auf den Körper sogar in Veränderungen des Knochenmarks einen morphologischen Ausdruck gefunden. Es liegt das im Grunde in derselben Richtung wie die Feststellungen, die wir bei der Wilsonschen Krankheit mit morphologischen Mitteln haben machen können.

Die anthropologischen Messungen, die zur Aufstellung der *Kretschmer*schen Typen führten, orientieren sich ganz am Körperäußern; der Skelettbau und die Beschaffenheit der äußeren Weichteile sind ihre wesentliche Grundlage. Eine morphologische Orientierung an den inneren Organen fehlt noch fast vollkommen. Wohl gibt es schon einzelne Untersuchungen, die sich mit konstitutionellen Ano-

Digitized by Google

malien einzelner Organe bei bestimmten Krankheiten befassen; so ist u. a. von mehreren Seiten auf eine Hypoplasie des Gefäßsystems bei Epileptikern hingewiesen worden, eine Feststellung, die bei der Bedeutung von Kreislaufstörungen in der Pathogenese des epileptischen Krampfanfalles erhöhtes Interesse gewonnen hat. Es handelt sich dabei aber meist um die Untersuchung eines nur kleinen Materials und um die Beschränkung auf einzelne Organe oder Organsysteme bei bestimmten Krankheitszuständen, so daß die Stellung und Bedeutung dieser Befunde innerhalb der Gesamtkonstitution nicht abzuschätzen ist. Soviel ich sehe, hat sich von Pathologen bisher nur *Saltikow* in Agram in größerem Umfang systematisch mit anthropologisch-konstitutionspathologischen Untersuchungen beschäftigt. Je mehr Ansatzpunkte solche Konstitutionsuntersuchungen aber haben, mit um so größerer Wahrscheinlichkeit werden wir zu einem Ziele kommen. Es wird sich jetzt für den pathologischen Anatomen darum handeln, sich aus Größe, Lage und Bau der Organe, aus ihren Relationen untereinander und zum Körperganzen das Bild zu schaffen, das als Ausdruck einer wirklichen morphologischen Gesamtkonstitution gelten kann. Die einzelnen Konstitutionen werden dann viel schärfer erfaßt werden können und ihre gegenseitige Abgrenzung wird besser möglich sein als heutzutage. Das Augenmerk wird sich auf neue Beziehungen in den psychiatrischen Konstitutionskreisen richten; es ist zu erwarten, daß sich für die Ermittelung der Beziehungen zwischen Konstitution und Krankheitsentwicklung neue Ansatzpunkte ergeben. Dabei steht auch zu hoffen, daß die gesundbleibenden Überträger von Krankheitsanlagen konstitutionell genauer erfaßt und, was eugenisch von größter Bedeutung ist, besser erkannt werden können. Zur Erreichung dieses Zieles bedarf es für den pathologischen Anatomen in erster Linie einer mühsamen und zeitraubenden Sammelarbeit mit Meßgerät und Wage, bis es ihm gelingt, Maßstäbe zu finden, die für den allgemeinen Gebrauch weitergegeben werden können. Lange Reihen von gesunden und kranken, alten und jungen Menschen werden unter diesen Gesichtspunkten untersucht werden müssen; unumgänglich und besonders wichtig ist die pathologisch-anatomische Familienforschung, die Verfolgung bestimmter konstitutioneller Ausdrucksformen innerhalb der Sippe. Für das, was uns jetzt nur äußerlich sichtbar ist, werden wir Analoges im Innern des Menschen zu finden trachten, für manche körperliche Hypoplasie oder Dysplasie werden wir vielleicht eine Erklärung finden, wie sich für die Akromegalie, den Fettwuchs, den Eunuchoidismus und die sexuelle Frühreife, für den Kretinismus und andere Anomalien und die sie begleitenden psychischen Erscheinungen bereits Organbeziehungen gefunden haben. Bestimmte Krankheitsneigungen bei einzelnen Konstitutionen können uns gewisse Organschwächen verraten oder auf allgemeiner geartete

Digitized by Google

Labilitäten hinweisen. Deshalb muß auch der eigentlichen pathologischen Anatomie, insbesondere der histopathologischen Forschung dabei eine wichtige Aufgabe zufallen. Sie ist, wie *Rößle* und *Roulet* in ihrer Monographie über Maß und Zahl in der Pathologie hervorheben, schon bei der Arbeit mit Maßstab und Wage an den Organen unentbehrlich, um die Ursachen etwaiger Unter- oder Überschreitungen des Durchschnittes zu erkennen und um die notwendigen Retuschen und Korrekturen an dem durch überstandene Krankheiten verwischten Konstitutionsbild vorzunehmen. Wenige Stellen werden nach dem erforderlichen personellen und sachlichen Bedarf heute in der Lage sein, ein solches Unternehmen mit Aussicht auf ein baldiges Ergebnis zu beginnen. Anstalten mit Prosekturen dürften am ehesten imstande sein, damit wenigstens einmal einen Anfang zu machen. Wenn nicht besonders glückliche Umstände eintreten, zu denen auch das gesetzlich festgelegte Recht zur Leichenöffnung gehört, wird bei der Größe der Aufgabe ein sichtbares Ergebnis freilich erst nach recht langer Zeit zu erwarten sein.

Ich habe die großen konstiutionellen Krankheitskreise der Psychiatrie mit Absicht in den Mittelpunkt meiner Ausführungen gestellt, obwohl die morphologischen Methoden, soweit sie der pathologische Anatom bisher zur Anwendung gebracht hat, gerade bei ihnen hinsichtlich der Krankheitsentstehung im großen und ganzen versagt haben. Die bisher beschrittenen Umwege haben uns zwar über Möglichkeiten der Entstehung konstitutioneller Erkrankungen des Nervensystems Aufschluß gebracht, aber für die speziellen Krankheiten der Psychiatrie noch kein Ergebnis gezeitigt. Gerade weil wir diesen wunden Punkt so schmerzlich fühlen, ist es notwendig, den Versuch auf neuen Wegen zu machen, auch wenn vorderhand noch nicht abzusehen ist, in welcher Zeit die Erreichung des Zieles gelingen wird.

Wenn ich vorhin in kurzen programmatischen Andeutungen hauptsächlich darauf Bezug genommen habe, daß es zunächst darauf ankommt, mit unseren Mitteln die Gesamtkonstitution zu erfassen, so kann das natürlich nicht bedeuten, daß die Beschäftigung mit dem Gehirn allein zur überflüssigen Sache geworden sei. Denn auf dieses Organ werden wir zwangsläufig immer wieder zurückkommen, weil bei den in Frage stehenden Krankheiten eben gewöhnlich die psychischen Störungen das einzige manifeste Zeichen von Krankheit am gesamten Organismus sind, und die Bindung der geistigen Tätigkeit an das Gehirn eine unwiderlegliche Tatsache ist. Deshalb wird das Gehirn auch in einer neu aufzunehmenden Konstitutionsforschung an den Körperorganen eine bevorzugte Stelle einnehmen. Jeder, der öfters Hirnsektionen gemacht hat, weiß ja, wie außerordentlich verschieden das Gewicht des normalen Gehirns sein kann, wie die Größenverhältnisse seiner einzelnen Teile beim Vergleich verschie-

Digitized by Google

dener Normalfälle voneinander abweichen, in welch weiten Grenzen das vom Körpergewicht weitgehend unabhängige Hirngewicht schwankt, wie verschieden der Windungsreichtum ist u. a. m. Schon wegen der Kompliziertheit des Aufbaus, der Unterscheidung zwischen konstitutionellen und durch Krankheit bedingten Verhältnisdifferenzen und der Feststellung konstitutioneller cyto- und myeloarchitektonischer Verschiedenheiten kann diese Forschung, soweit neurologisch-psychiatrische Gesichtspunkte eine Rolle spielen, von keiner anderen Hand als von der des Hirnpathologen geleitet werden.

Von den neu aufzunehmenden Arbeiten wird die zentrale Stellung der Neurohistopathologie in der bewährten Form, wie wir sie bisher betrieben haben, in keiner Weise berührt. Die Aufgaben, welche ihr allgemeine und spezielle Krankheitsforschung zuweisen, sind außerordentlich zahlreich und in vieler Hinsicht heute noch gar nicht zu übersehen. Die grundlegenden Untersuchungen von *Spatz* zur Frage des Stoffaustausches zwischen Gehirn und übrigem Körper, ferner über die Ausbreitungswege entzündlicher Erkrankungen, seine gemeinsam mit *Hallervorden* gemachten Beobachtungen über die Wirkung kolloidchemischer Prinzipien bei der Ausbreitung bestimmter Erkrankungen, die durch von *Braunmühl* eingeführte kolloidchemische Betrachtungsweise gewisser histopathologischer Phänomene beim Altern der Hirnsubstanz, von uns ausgeführte Untersuchungen über die Einwirkung von Röntgen- und Radiumstrahlen auf das Gehirn, mögen nur einige Schlaglichter auf das weite Arbeitsfeld werfen. Die auf *Spielmeyer* zurückgehende Erforschung der Kreislaufstörungen im Gehirn mit ihren umwälzenden Ergebnissen, eine zunächst allgemein-pathologische Frage, in deren Bearbeitung wir noch mitten drin stehen, hat auf dem Gebiet der speziellen Krankheitsforschung bereits eine Reihe unerwarteter Früchte reifen lassen. U. a. haben *Spielmeyer* und seine Schule dadurch das Wesen der epileptischen und der hypertonischen Krankheitsäußerungen unserem Verständnis näher gebracht. Und ich möchte hier nur noch kurz auf ein Beispiel hinweisen, wie die histopathologische Forschung auch jetzt wieder neue Gesichtspunkte in die neurologische und psychiatrische Krankheitslehre selbst bei den spröden konstitutionellen Krankheiten hineinzutragen vermag.

Ich hatte schon eingangs bemerkt, daß die sogenannte genuine Epilepsie auch zu jenen konstitutionellen Krankheiten gehört, bei denen von einem selbständigen Hirnprozeß, morphologisch wenigstens, nicht die Rede sein kann. Trotzdem kennen wir Hirnveränderungen, die mit großer Regelmäßigkeit bei den Epileptikern wiederkehren, und es ist das große Verdienst *Spielmeyers*, gezeigt zu haben, daß diese Veränderungen mit den Krampfzuständen eintreten und auf krampfhaften Zusammenziehungen der Hirngefäße beruhen. In systematischen Untersuchungen, zu denen uns das

Digitized by Google

geeignete Material erst im Laufe von Jahren zugeflossen ist, haben wir nun gefunden, daß diese im Augenblick des Krampfes entstehenden Schädigungen viel schwerer und ausgedehnter sein können als man bislang glaubte, daß dabei im Gehirn, und, wie *Neubürger* gezeigt hat, übrigens auch im Herzmuskel kleinere oder größere Gewebsbezirke teilweise oder ganz zugrundegehen können. Zuverlässig nachweisbar ist der Zusammenhang solcher Hirnschädigungen mit den Krampfzuständen nur dann, wenn sie unmittelbar nach den Krämpfen zur Beobachtung kommen, d. h. wenn der Kranke bald danach erliegt und die Veränderungen dementsprechend noch sehr jung sind. Überlebt der Kranke die Krampfanfälle, so müssen solche ausgedehnten frischen Krampfschädigungen — wie ich sie der Kürze halber wieder nennen will — umfangreiche narbige Veränderungen am Gehirn und entsprechende körperliche und psychische Ausfälle zur Folge haben. Und tatsächlich finden wir nun, daß in nicht wenigen Fällen von Idiotie, Schwachsinn und cerebraler Kinderlähmung, epileptische Krampfanfälle am Beginn der Krankheit stehen und daß die bei ihnen vorhandenen narbigen Hirnveränderungen ihrer Struktur und vorzugsweisen Lokalisation nach auf solche frischen Krampfschädigungen rückführbar sind. Das bedeutet, daß die bisherige Anschauung, nach welcher man in der begleitenden Epilepsie bei Idiotien und cerebralen Kinderlähmungen immer nur etwas mehr oder weniger zufällig Hinzugetretenes, etwas Symptomatisches sah, für viele Fälle nicht mehr gilt. Nicht mehr die sagenhafte Encephalitis, die wirklich zu sehen nur den Wenigsten vergönnt gewesen ist, und nicht mehr das Geburtstrauma sind die alleinigen Ursachen von Idiotien oder Gehirnlähmungen der Kinder, sondern ein epileptischer Krampfanfall und damit eine erbliche oder in anderen Ursachen gelegene Epilepsie kann das Erste sein, und der körperliche und psychische Defekt erst ihre Folge. Der erste oder ein späterer Krampfanfall im Verlaufe einer Epilepsie, oder genauer ausgedrückt, der hinter ihm stehende pathophysiologische Mechanismus am Gefäßapparat kann einen bleibenden schweren Gehirnschaden verursachen.

Die Ergebnisse dieser Untersuchungen haben eine theoretische und eine unmittelbar praktische Seite. Sie zeigen uns, daß neben die überschätzte Hirnentzündung und das Geburtstrauma die Epilepsie in die Ursachenreihe der Idiotien, Schwachsinnszustände und cerebralen Kinderlähmungen eintritt. Es ergibt sich weiter, daß man nicht dazu berechtigt ist, die Erblichkeit einer Epilepsie zu verneinen, nur weil etwa psychische Mängel oder körperliche Erscheinungen auf einen organischen Hirnbefund hinweisen; denn dieser Hirnbefund kann ja auf Krampfschäden beruhen, die natürlich auch im Verlaufe einer erblichen Epilepsie entstehen können. Der Kreis der erblichen Epilepsien wird dadurch wieder größer, nachdem

Digitized by Google

er lange Zeit immer mehr eingeengt worden war. Darauf wird die Erblichkeitsforschnug bei der Auswahl und Beurteilung ihres Epileptikermaterials Rücksicht nehmen; es wird sich darüber hinaus diese Erfahrung auch bei der erblichen Beforschung der Schwachsinnszustände, der Idiotien und der cerebralen Kinderlähmungen zunutze machen.

Für das praktische Handeln ergeben sich in zwei Richtungen Hinweise. Therapeutisch wird man, da man nun weiß, wie schwere Dauerschäden die Krampfzustände mit sich bringen können, noch mehr als bisher alles aufwenden, um sie zu verhüten. Denn gelegentlich ereignen sich solche schweren Schädigungen in einem einzigen Krampfzustand. Zum andern erweitert sich der Kreis der Epileptiker, die von den Bestimmungen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses betroffen werden. Der klinisch oder röntgenologisch erbrachte Nachweis eines Hirnbefundes genügt jedenfalls nicht mehr ohne weiteres, um einen Epileptiker in eugenischer Hinsicht als bedeutungslos zu kennzeichnen.

Die Früchte hirnpathologischer Forschung reifen langsam, sagt *Kleist* in der Einleitung zu seinem monumentalen Werk über Gehirnpathologie; an der Zeitspanne eines Menschenlebens gemessen sogar sehr langsam. Das liegt nur zum Teil in der Sprödigkeit des Untersuchungsgegenstandes selbst. Sehr maßgeblich ist dabei auch, daß dem Morphologen das Material zur Bearbeitung seiner Fragestellungen nicht beliebig zur Verfügung steht, wie dem Kliniker oder dem Erbbiologen, der es schlimmstenfalls an Ort und Stelle aufsuchen muß. Der Pathologe muß sich im allgemeinen mit dem zufrieden geben, was ihm der Zufall in die Hand spielt; besonders wertvolles Material entgeht ihm dabei oft. Und auch dann ist er häufig darauf angewiesen, sich aus dem Zustandsbild im Augenblick des Todes mühsam den Krankheitsverlauf zu rekonstruieren. Mit wenig Ausnahmen fehlt ihm bisher die Möglichkeit, eine bestimmte Auswahl an lebendem Krankheitsmaterial zu treffen und diese Auswahl zusammenzuhalten, bis er in Tätigkeit treten kann. Tierexperimentelle und vergleichend anatomische Forschungen können uns in der Hirnpathologie, besonders aber in einer pathologischen Anatomie der Geisteskrankheiten nur in sehr beschränktem Umfang weiterhelfen, schon weil der Aufbau der Funktion noch mehr als der des Stofflichen von den menschlichen Verhältnissen abweicht. Wir sind bei unserer Arbeit im wesentlichen auf das Studium der natürlichen Bedingungen der Krankheit angewiesen, auf die Ergründung der ätiologischen Ursachen, der Modalitäten, unter denen sie zur Wirkung kommen, und des Ausdruckes, den sie am Gestaltlichen finden.

Die wissenschaftliche Verantwortung legt uns gerade bei den zweifelhaften Befunden der konstitutionellen Geisteskrankheiten

Digitized by Google

die Verpflichtung zu größter Zurückhaltung und besonderer Kritik auf. Gewiß, vielleicht beschert uns die Zeit noch Methoden, die es uns ermöglichen, für die Störung der geistigen Funktionen bei diesen Krankheiten auch den morphologischen Ausdruck im Gehirn zu sehen. Auch dann würden wir aber der Beantwortung der Frage nach seiner Entstehung, nach den anderen Gliedern in der Kette des Krankheitsgeschehens zurück bis zum eigentlichen Ursprung der Krankheit nicht enthoben sein. Und dieser liegt, darauf deutet alles hin, in der Konstitution des Kranken. Treten wir also den Weg dorthin entschlossen an, auch ohne daß das morphologische Schlußglied des Krankheitsgeschehens vorliegt, suchen wir die Gesamtkonstitution in dem vorhin dargelegten Sinne zu erfassen, ihre Eigentümlichkeiten, Labilitäten, Krankheitsneigungen und die aus ihr selbst hervorgehenden körperlichen Schädigungen kennen zu lernen, mit anderen Worten, eine spezifische Pathologie der einzelnen Konstitutionen zu ermitteln. Sollte sich dann die bis jetzt nicht überzeugend gestützte These von der morphologischen Greifbarkeit des Krankheitsvorganges im Gehirn eines Tages doch bewahrheiten — wir können das heute nicht wissen — so haben wir nichts verloren, aber bereits viel gewonnen.

Digitized by Google

(Aus der Landesheil- und Pflegeanstalt Großschweidnitz i. Sa.)
[Direktor: Oberregierungsmedizinalrat Dr. *Sagel.*]

Über den Fall R., einen paranoiden schizophrenen Totschläger.

Von

Dr. **Krekeler.**

In der Tagespresse tauchen immer wieder Berichte über plötzliche brutale Morde auf, die von Personen begangen werden, die sich bis dahin für ihre weitere Umgebung unauffällig gezeigt haben. Geht man derartigen Berichten nach, so kann man in vielen Fällen feststellen, daß die Tat von einem Geisteskranken verübt wurde, der äußerlich wenig auffällig gewesen ist und bei dem erst nach Verübung der brutalen Mordtat die Geisteskrankheit erkannt wird. Dem Anstaltsarzt ist aus vielfältigen Erfahrungen bekannt, daß es sich in solchen Fällen häufig um paranoide Schizophrene handelt, die unter dem Einfluß ihrer Wahnvorstellungen derartig brutale Mordtaten ausführen.

Wir hatten Gelegenheit, in der hiesigen Anstalt einen derartigen, an paranoider Schizophrenie leidenden Patienten zu beobachten, über den ich folgendes kurz berichten möchte, weil ich annehme, daß die Mitteilung dieses Falles in weiteren Kreisen von Interesse sein dürfte, zumal sich aus dem Verhalten des Kranken weitgehende Schlüsse für die Notwendigkeit des »Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« ziehen lassen.

R. wurde am 1. 3. 1900 in H. geboren, ist Anhänger einer Religionsgemeinschaft. Auch seine Eltern und Vorfahren, die aus der Schweiz stammen, sind treue Anhänger dieser Gemeinschaft. (Mit Rücksicht auf die beteiligten Personen vermeide ich die Angabe von Namen, besonders auch der Religionsgemeinschaft). Die Eltern des R. lebten in H., wo der Vater ein Geschäft hatte. Dieser selbst ist äußerlich nur dadurch auffällig, daß er einen etwas verschlossenen Eindruck macht. Die Mutter des Kranken ist gesund gewesen, beide Eltern sind nicht blutsverwandt miteinander. Über erbliche Belastung in der Familie ist nichts festzustellen. Der Kranke ist das vierte Kind. Er hat noch zwei gesunde Schwestern und vier gesunde Brüder. R. ist von Geburt an schwächlich, machte Masern und Scharlach durch, besuchte die Volksschule,

Digitized by Google

lernte schwer, blieb in den ersten Jahren sitzen. Seine Leistungen wurden aber am Ende der Schulzeit besser. Als Kind fröhlich, gesellig, leicht erziehbar. Wuchs in H. im Kreise seiner Familie auf und wurde im Sinne der Religionsgemeinschaft erzogen. Nach beendeter Schulzeit betätigte er sich als Kaufmann an verschiedenen Orten, wechselte plötzlich seinen Beruf. Er war in einem Zigarrengeschäft tätig, ging in ein Juweliergeschäft, weil er nicht mehr rauchen wollte. Schon vor vielen Jahren stellte er sich der Religionsgemeinschaft für Missionszwecke zur Verfügung. Man riet ihm aber ab. Bei einem erneuten Angebot, das er stellte, im Anschluß an eine angebliche Gebetserhörung, wurde er angenommen und für die Missionstätigkeit ausgebildet. Da ihm das Erlernen von fremden Sprachen schwer fiel, konnte er nicht im Ausland verwendet werden. Für die Religionsgemeinschaft betätigte er sich deshalb innerhalb Deutschlands als Reiseprediger und kam in dieser Eigenschaft auch nach Polen. Stets war er solide, ordentlich, verstand sich gut mit dem Vater. Während seiner Tätigkeit in Polen kam er mit anderen Religionsgemeinschaften in Berührung und glaubte, er habe damals eine Bekehrung durchgemacht. Kämpfte zuerst gegen die sogenannte Großtaufe, wurde aber allmählich umgestimmt und entschloß sich, im Jahre 1931 an sich selbst die Großtaufe vornehmen zu lassen. Darüber entwickelten sich Konflikte mit der Religionsgemeinschaft und er legte sein Amt nieder. Schon damals war er auffällig. Er verließ seinen bisherigen Wirkungskreis ohne Abschied von seiner Braut, hatte Federhalter und Ring auf den Tisch gelegt, wanderte in Etappen nach seiner Heimat und erklärte, er habe diese Wanderung im Auftrage des Herrn vollzogen. Seiner Braut und deren Angehörigen gegenüber hatte er sich ebenfalls auffällig gezeigt, hatte Bilder, Briefe und einen Photoapparat vernichtet mit der Begründung, es stehe in der Bibel, man dürfe sich kein Bild oder irgendein Gleichnis machen. Er verschenkte seine Uhr, verlangte, daß seine Angehörigen Sabbat hielten, ließ sich einen großen Bart wachsen und erklärte, es stehe in der Bibel, ein Priester dürfe sich seinen Bart nicht stutzen lassen. Auf der oben erwähnten Wanderung fühlte er sich als Jünger Jesu, der das Wort der Schrift erfüllen müßte. Er war nur mit Sandalen bekleidet, verfügte auch über keine Geldmittel, sondern übernachtete in einfachen Gasthäusern und war bei seiner Heimkehr ins Elternhaus dadurch auffällig, daß er gewisse Stellen aus der Bibel in eigenartiger und sinnwidriger Weise auslegte. In der gleichen Weise deutete er gewisse Gebote. Da er auch von seinem Vater wiederholt fortlief und planlose Wanderungen unternahm, veranlaßte der Vater seine Anstaltsaufnahme in G. In dem vom Kranken hier verfaßten eigenen Lebenslauf gibt er an, in seiner Familie seien die meisten Vorfahren Prediger gewesen, nur

Digitized by Google

ein Vorfahre sei Arzt gewesen. Sein Stammbaum lasse sich bis zum Jahre 1479 zurückverfolgen und seine Vorfahren hätten stets in der Schweiz gelebt. Der Kranke verhielt sich äußerlich geordnet, war orientiert, sein Gesichtsausdruck gespannt, mißtrauisch, gab nur zurückhaltend Auskunft und trug einen großen Bart, der sehr ungepflegt war. Körperlich bot er mit Ausnahme einer Reihe von Degenerationszeichen keinen pathologischen Befund. Er gab an, er habe andere Glaubensanschauungen als sein Vater, zunächst über die Taufe. Es sei ihm nicht einleuchtend, daß kleine Kinder den heiligen Geist bekommen und daß Jesus gesagt habe, man solle alles verlassen. Über diese Anschauung könne er sich mit seinem Vater nicht verständigen. Die Taufe, welche Jesus im Jordan erlebte, sei eine andere als die heute vorgenommene Taufe. Im September oder Oktober 1930 da habe der Herr ihm zwei Brüder zum Segen gesetzt und er habe dabei gemerkt, daß er ein Nikodemus sei, der dem Herrn nur halb gedient. Darauf habe er dem Herrn sein Herz geschenkt. Er habe darüber auch an seine Eltern und die Direktion seiner Religionsgemeinschaft geschrieben. Stimmenhören, Visionen wurden bestritten, Patient glaubte nicht, daß er eine besondere Rolle als Gründer einer neuen Lehre spielen sollte. Während der weiteren Beobachtung fiel Patient durch seine starre Haltung, seinen maskenartigen Gesichtsausdruck, sein gespanntes Verhalten auf. Besonders gering war auch die Affektbetonung. Sobald allerdings seine religiösen Probleme erörtert wurden, wurde der Gesichtsausdruck deutlich ekstatisch. Nochmals begründete er, daß er sich der Mission zur Verfügung gestellt habe nach der besonderen Gebetserhörung. In diesem Gebet hatte er für einen Freund gebetet, habe dann einen Brief bekommen von diesem Freund und sich nach dessen Inhalt fest entschlossen, sich der Mission zur Verfügung zu stellen. Als seine Eltern ihm sagten, sie könnten ihn bei seinen Plänen nicht unterstützen, habe er ihnen entgegengehalten, er verlasse sich auf Gott. Das Studium an der Missionsschule habe ihn auch nicht vom Glauben abgebracht, sondern es habe ihm besonders zugesagt, sich mit religiösen Dingen zu beschäftigen. Bei der Großtaufe, die er an sich vornehmen ließ, habe er erwartet, Stimmen zu hören, es sei aber nicht eingetreten. Es habe ihn sehr unglücklich gemacht, seinen Beruf als Prediger nicht mehr ausüben zu können. Von seinen Eltern fühlte er sich falsch verstanden. Sein Verlöbnis habe er freiwillig gelöst um Jesu willen. Es stehe verschiedene Male in der Bibel, wer nicht verläßt Haus, Hof, Kind, Weib, kann mein Jünger nicht sein. Er habe sich zwar nicht als besonderer Jünger von Jesus gefühlt, aber auch nicht das Gegenteil sein wollen. In gleicher Weise begründete er, daß er sich den Bart habe stehen lassen. Während der weiteren Beobachtung in G. war

Digitized by Google

er stets ekstatisch, hielt an jedem Sonnabend den Sabbat, beschäftigte sich nicht und berichtete noch über sein früheres Leben, er habe 1930 in W. (Polen) die Andeutung eines Geistlichen in der Predigt auf sich bezogen. Er habe zwar nicht die Stimme Gottes gehört. Gott habe ihm aber ein Zeichen gegeben, daß er dahin deute, daß seine Bekehrung stattgefunden habe und seine Gebete erhört worden seien. Dieses habe er daraus geschlossen, daß er nachts im Traum einen Samenerguß hatte. Wenn er auch schon früher im Anschluß an wollüstige Gedanken wollüstige Träume hatte und Samenergüsse, so habe das doch mit dem letzten Zeichen nichts zu tun, durch das Gott ihm anzeigen wollte, er sei unrein. Seine Bekehrung habe auch darin bestanden, daß er Gott angeboten habe, ihm ganz zu dienen und ihm sein ganzes Herz zu weihen. Er habe auch gemerkt, daß dieser Wunsch in Erfüllung gegangen sei. Im übrigen beschäftigte er sich ganz fleißig, hielt allerdings stets seinen Sabbat, zog sich dann gut an und las mit Vorliebe in seiner Bibel. Über Halluzinationen oder Visionen konnte Patient nicht berichten. Am 9. 9. 1931 wurde er entlassen und sollte in die Schweizer Anstalt F. verlegt werden. Die Mitteilung von der Verlegung nahm er ruhig hin, äußerte, sein Vater trage dafür die Verantwortung. Er war beim Besuch seiner Mutter wenig zugänglich, äußerte, man halte ihn ja doch für irre, da brauche er nicht zu reden, in die Überführung in die Schweizer Anstalt wolle er sich fügen, es wäre doch auch dort ein Gott und Jesus. Am 10. 9. 1931 wurde er in die Schweizer Anstalt aufgenommen. Dort bot er im allgemeinen das gleiche Verhalten dar. Seiner äußeren Erscheinung nach erinnerte er nach der Schilderung an die Gestalt des Emanuel Quint (der Narr in Christo von Gerhard Hauptmann). Er trug einen großen dunklen Bart und weigerte sich, diesen Bart entfernen zu lassen. Über seine religiösen Ideen gab er im wesentlichen dieselben Erklärungen wie bereits in G. Zusammenfassend äußerte sich die Klinik: Der richtige Narr in Christo, Emanuel Quint, ohne Zweifel harmlos und voll lauterster Absicht, das Opfer seiner etwas autistischen verschrobenen Gedankengänge, nicht besonders intelligent, keine Anhaltspunkte für Schizophrenie. Er lebte auch in der dortigen Anstalt autistisch. Im November 1931 nahm er seit Tagen nur kalte Speisen zu sich, verweigerte schließlich die Nahrung und äußerte, in der Bibel stehe geschrieben, »Du sollst von den Heiden nichts nehmen«. Die Ärzte und das Anstaltspersonal und die anderen Kranken seien Heiden, denn sie hätten nicht den richtigen Glauben. Das Vorgehen seiner Familie verurteilte er mit scharfen Worten. Er verlangte die Freiheit. Sein Befinden verschlimmerte sich rasch, da er völlig die Nahrung verweigerte und auch keine Flüssigkeit zu sich nahm. Er wurde zusehends ekstatischer und steigerte sich immer mehr in die mystisch-

Digitized by Google

asketische Rolle der Nachfolge Christi und des auserwählten Propheten hinein. In Gesprächen antwortete er nur noch in Bibelworten, oft nur mit Angabe der Kapitel- und Verszahl, was freilich oft sehr unpassend und unintelligent wirkte. Im ganzen wird seine Rolle aber nicht ungeschickt gespielt und entbehrt nicht einer gewissen Suggestivkraft, doch fehlt ihm ein gewisses Maß von prophetischer Wucht und Persönlichkeit. Da der Kranke das Versprechen abgab, nach 10 Tagen zu essen, wurde mit der Sondenernährung gewartet. Es stellte sich aber dann Durstfieber ein, so daß intravenöse Injektionen von Traubenzucker und Kampferinjektionen wegen einer bedrohlichen Herzschwäche notwendig wurden. Patient kniete immer lange vor seinem Bett und verlangte zu sterben und wiederholte mit himmelwärts gerichtetem Blick stereotyp, »ich will zu meinem Herrn eingehen«. Am 21. 11. nahm er wieder spontan Nahrung zu sich und äußerte, das jüngste Gericht sei nahe. Er mahnte seine Umgebung, Buße zu tun und Christus nachzufolgen. Am 22. 11. unternahm er zwei gefährliche Selbstmordversuche. Er stieß sich einmal das hintere Ende eines Federhalters mit großer Kraft in die hintere Rachenwand und stürzte sich später mit dem Kopf voran mit voller Wucht gegen eine Mauer, verletzte sich dabei am Scheitel, verlangte dann imperativ ein Messer, um sich die Kehle zu durchschneiden. Er begründete seine Suizidversuche damit, daß das jüngste Gericht unmittelbar bevorstehe, schon rieche er Schwefel und im nächsten Augenblick werde Schwefelregen auf die Erde fallen, auch höre er Engelchöre singen. Nur, wenn er sich selbst zum Opfer bringe, könne er die Welt erretten, denn dann sei er auserwählt. Durch seine Selbstmordversuche habe er das Verhängnis, das der Welt bevorstehe, gerade noch ein wenig hinausschieben können. Wenn man ihn aber davon abhalte, zu sterben, was ein Verbrechen sei, so würde das jüngste Gericht unmittelbar hereinbrechen. Erneute Nahrungsverweigerung, Traubenzuckerinfusionen, Besserung des körperlichen Befindens. Weltuntergangsstimmung besteht weiter. Patient rief nachts: »Ihr Schläfer erwacht, eilt, rettet euch, das Gericht kommt«. Er betete stundenlang mit zum Himmel gerichteten Blick, las beständig in der Bibel. Am 24. 11. verändert, bittet wegen seines Verhaltens um Verzeihung. Er sei verblendet gewesen und habe schwer gesündigt, daß er Hand an sich habe legen wollen. Er habe sich über die Menschen stellen wollen, statt sich allein unter Gottes Obhut zu begeben. Nun sei er durch Gottes Gnade erleuchtet und wieder vollkommen gesund, denn »der Herr gibt mir Stärke«. Versprach dann, keine Suizidversuche zu unternehmen, verhielt sich in der Folge geordnet, ließ sich auch seinen Bart scheren und sich rasieren. Nach weiterer Besserung erfolgte am 30. 1. 1932 die Entlassung aus der Schweizer Anstalt.

Digitized by Google

Nach Angaben des Vaters hat R. in der Zwischenzeit in der Schweiz in B. als Kaufmann, allerdings aushilfsweise, Stellung gehabt. Er soll auch unauffällig gewesen sein. Am 26. 5. 1936 verließ er die Schweiz, besuchte unterwegs verschiedene Städte und traf am 29. 5. 1936 in H. ein. Er war auch hier zunächst unauffällig. Am 31. 5. 1936 äußerte er plötzlich religiöse Ideen über den Sabbat, war an und für sich klar. Am Nachmittag des 1. 6. klagte er über Magenschmerzen, aß nichts, war still. In der Nacht vom 1. zum 2. 6. merkte seine Schwester, daß er außer Bett war. Sie fand ihn gegen $^1/_2$2 Uhr nachts im Bett liegend, blutend vor und konnte feststellen, daß er sich mit einem Rasiermesser die Glans des Penis abgeschnitten hatte. Sie benachrichtige die Eltern nicht, um sie nicht zu erschrecken, machte ihm Umschläge mit essigsaurer Tonerdelösung. Am Morgen des 2. 6. verständigte sie die Eltern. Als diese merkten, daß man den Kranken nicht allein lassen konnte, (er hatte sich erst eingeriegelt, dann wieder aufgemacht) wurde er in das Krankenhaus zu H. (kleines Krankenhaus, in der Hauptsache Altersheim) verlegt, wo der Krankenhausarzt die Blutung stillte, die Wunde versorgte, wegen des schlechten Pulses des Kranken aber noch von einer Verlegung in die zuständige Anstalt vorläufig Abstand nahm, diese allerdings plante. Da man den Kranken nicht allein lassen konnte, so übernahmen der Vater und die Mutter des Kranken abwechselnd die Wache an seinem Bett. Gegen $^1/_2$3 Uhr nachmittags entstand in dem Zimmer großer Lärm und als eine Angestellte des Krankenhauses hinzukam, sah sie noch, wie R. mit den Füßen auf seiner Mutter Kopf herumstampfte. Sie holte sofort Hilfe. Es wurde nun festgestellt, daß R. seiner Mutter den Kopf zertreten hatte, sodaß das Gehirn freigelegen hat. Daraufhin wurde ein männlicher Krankenpfleger mit der Aufsicht beauftragt. Auch diesen versuchte der Kranke impulsiv zu Boden zu schlagen. Der Krankenpfleger konnte den Kranken aber überwältigen. Daraufhin erfolgte Anstaltsaufnahme in G. Bei der Aufnahme war bei R. einmal die Verstümmelung des Penis festzustellen, ferner eine Wunde am linken Unterschenkel, eine Stichverletzung. Die Gesichtsfarbe war auffallend blaß, die Herztätigkeit in Ordnung, Temperatur 36,5. Psychisch bot der Kranke folgendes Bild:

Er lag in starrer Haltung im Bett, war wenig zugänglich, berichtete kurz, er sei erst vor einigen Tagen aus der Schweiz zurückgekehrt. Auf die Tötung seiner Mutter hingewiesen, äußerte er, es stehe in der Bibel, das Endgericht sei nahe. Weiterhin äußerte er etwas vom wahren Baum des Lebens, daß er davon essen dürfte. Die Selbstverstümmelung gab er zu. Er spüre keine Schmerzen. In der Bibel stehe auch, man solle Vater und Mutter verlassen um Gottes Namen willen. Am nächsten Morgen schwer ekstatischer

Digitized by Google

Zustand, lautes Beten. Patient liegt mit geschlossenen Augen im Bett, antwortet sehr bald auf eindringliche Fragen nicht mehr. Mußte festgeschnallt werden, da er versuchte, sich die Zunge zu beschädigen und sich die Augen herauszubohren, allmähliche Beruhigung, autistisch, negativistisches Verhalten. Kurzdauernde Nahrungsverweigerung, dann wieder Nahrung genommen. Äußerte zu seiner Tat, er wisse, daß er seine Mutter getötet habe. In der Bibel habe aber gestanden, er solle dem Weib den Kopf zertreten. Darnach habe er gehandelt. Weinte nach dieser Äußerung. Später lautes Beten, äußerte, »ich höre keine Stimme mehr, aber ich sehne mich nach oben. Ich sehne mich in das Land der Wahrheit, wo Frieden ist, kein Kampf und kein Streit mehr«. Nach seiner Nahrungsverweigerung befragt: »Der himmlische Vater hat gesagt, man soll nicht von den Gräbern der Welt essen. Man soll nicht von verbotenen Früchten essen.« Nach der Verstümmelung befragt, er habe eine Stimme gehört, die ihm das befohlen habe. »Das ist Gottes Wort, das ist Geist und Leben.« Bei späteren Befragungen hat er seine Selbstverstümmelung wieder in anderer Weise motiviert. Darnach hat er vor seiner Rückkehr nach H. in Dresden die Blumenausstellung besucht und dort viel weibliche Statuen gesehen. Es tauchte dann in ihm die Vorstellung auf, das Weib sei die Sünde, die Sünde müsse vernichtet werden. Er habe auch deshalb seine Mutter, obwohl er sie sehr geliebt habe, töten müssen. Zu seiner Selbstbeschädigung gab er an, er habe genau wie Christus sich selbst beschneiden müssen und auch hier nach dem Wort der Bibel gehandelt. In der Folgezeit wechselt Zustand von Negativismus mit lauten ekstatischen Erregungen, in denen massenhafte religiöse Ideen geäußert wurden, miteinander ab. Patient äußerte, er wolle sich gesund beten. Er verweigerte die Nahrung und erklärte, er wolle kein Gift von Menschen zu sich nehmen, lieber wolle er seinen eigenen Urin und sein eigenes Blut trinken, ehe er etwas anderes zu sich nehme. Dem Arzt verbot er, ihn mit seinem Namen anzureden und verlangte, mit dem Vornamen angeredet zu werden, denn Christus habe gesagt, wir seien alle Brüder. Seiner Schwester gegenüber hat er geäußert, er habe seine Mutter nicht mit Absicht aus der Welt gebracht, sondern es stehe so in der Bibel. Beim wiederholten Eingehen auf die Tat motivierte er dieselbe wieder in anderer Form. Z. B. äußerte er, er habe am Tage der Selbstbeschädigung die Empfindung gehabt, daß das jüngste Gericht nahe sei und er habe sich opfern wollen und habe deshalb auch seine Mutter opfern müssen. Ferner äußerte er: »Meine Seele ist in Not, ich fühle mich verantwortlich für das, was ich getan habe. Hier wird man nur mit Fleisch und Stock geheilt. Ich kann aber hier nicht blos leben und mich nähren lassen mit Semmeln und mit all dem Guten, ohne etwas zu äußern, weil ich meine 60

Digitized by Google

Jahre alte Mutter getötet und ihr mit den Füßen auf dem Kopf herumgetreten habe. Meine Mutter hatte mich stets sehr lieb. Sie hat mich oft auf die Stirn geküßt.« Weinte dann heftig, verweigerte die Nahrung und erklärte, er müsse fasten, damit er wieder zur Besinnung komme. Weiterhin fühlte er sich von den übrigen Kranken beschimpft, ebenso vom Personal.

Überblicken wir den Krankheitsverlauf, so wurde hier anfangs die Diagnose Schizophrenie gestellt, dann aber in der Schweizer Anstalt nicht aufrecht erhalten, weil man die psychischen Veränderungen für solche eines dieser besonderen Religionsgemeinschaft angehörigen Psychopathen hielt. Auch die Klinik in Basel stellte anfangs nicht die Diagnose Schizophrenie, sondern hielt R. für einen weichherzigen religiösen Autisten mit religiöser Wahnentwicklung. Der weitere Verlauf und der neuerliche Schub der Erkrankung dürfte aber keinen Zweifel daran lassen, daß wir eine paranoide Form der Schizophrenie vor uns haben. Es ist außerordentlich interessant, eine Parallele zwischen dem Verhalten des Kranken in der Baseler Anstalt zu ziehen und seiner Mordtat. Bereits in der Anstalt in Basel hat er zweifellos unter dem Einfluß von Halluzinationen und Visionen geglaubt, daß das jüngste Gericht nahe sei. Er hat dann in brutaler Weise Selbstmordversuche unternommen und es für ein Verbrechen erklärt, wenn man ihn daran hindern wollte. Auch damals haben sich an diese schweren psychischen Veränderungen Zustände mit Nahrungsverweigerung angeschlossen, die außerordentlich schwer waren. Das Verhalten des Kranken in der Nacht vom 1. zum 2. 6. ist ganz ähnlich. Auch hier hat er nach einer gegebenen Motivierung geglaubt, daß das Endgericht nahe gekommen sei. Er hat unter dieser Vorstellung und unter der Vorstellung, er müsse sich, wie Christus beschnitten sei, selbst beschneiden, sich ein Stück des Penis mit einem Rasiermesser abgeschnitten und hat nach seiner Verbringung in das Krankenhaus auch dort wieder unter dem Einfluß der Wahnvorstellung, er müsse dem Weib, das eine Schlange sei, den Kopf zertreten, seine Mutter durch Fußtritte so schwer verletzt, daß sie unmittelbar nach dem Überfall starb. Seinen Überfall auf den Krankenwärter hat er offenbar deshalb unternommen, weil er in ihm ein Hindernis sah, nach seinen religiösen Vorstellungen zu handeln.

Wir haben in G. häufig Gelegenheit, Mitglieder der in Frage kommenden Religionsgemeinschaft zu beobachten und darunter oft Schizophrene. Gerade bei ihnen standen nicht selten sexuelle und religiöse Wahnvorstellungen im Vordergrund. Immer ist schon geplant, eine besondere psychiatrische Beschreibung der Persönlichkeiten zu geben, die sicherlich sehr wertvoll und aufschlußreich in

Digitized by Google

Bezug auf die spezifische Frömmigkeit der betreffenden Religionsgemeinschaft wäre. Zeitmangel hat das bisher verhindert.

Der Fall R. zeigt in aller Deutlichkeit, wie notwendig das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses ist und wie wichtig es ist, Nachkommen von derartigen Schizophrenen zu verhindern, die einmal eine schwere Belastung für die Allgemeinheit darstellen und außerdem durch ihre brutalen Mordtaten schweres Leid verursachen können.

Digitized by Google

Manisch-depressiv oder schizophren?

(Aus einem Gutachten.)

Von

P. Schröder-Leipzig.

.... Fräulein H. M., 35 Jahre alt, hat in der Klinik ein gleichbleibendes Verhalten gezeigt. Sie war von vornherein zugänglich, vollkommen geordnet und klar, nett in ihrem Wesen, ging gern auf kleine Scherze ein, beschäftigte sich mit Handarbeiten, unterhielt sich mit anderen Patientinnen, hielt sich gern im Garten auf, fühlte sich hier wohl und schlief gut. In der letzten Zeit wurde sie noch freier wie anfangs. Stets war guter Kontakt mit ihr möglich. Bei längeren Rücksprachen über ihre letzten Lebensjahre fing sie gelegentlich an zu weinen.

Fragte man sie eingehender, so gab sie regelmäßig an, es gehe ihr gut, aber ihre Freudigkeit sei noch nicht ganz wieder so wie früher; das sei gräßlich, der Resonnanzboden sei noch kaputt, man habe sie für wertlos gehalten, weil sie nichts mehr konnte, das habe sie so weit gebracht, daß sie das Leben satt hatte, aber seit einiger Zeit habe sie wieder etwas Freude an der Arbeit. Ganz schlimm sei es vor 2 Jahren geworden, die Besserung bestehe seit Mai 1935. Das viel erörterte Entfremdungsgefühl bei ihr habe darin bestanden, daß sie keine Empfindung für das in ihr und um sie gehabt habe, kein Heimatsgefühl, das sei gräßlich gewesen, nichts sagte ihr etwas, Blumen, Natur und Menschen. Stimmen habe sie auch gehört; »es war immer, als wenn ich von Fremden beherrscht würde, auch Unterhaltungen habe ich geführt, im Unterbewußtsein, ich habe mir nachts Gedanken gemacht, ich hatte das Gefühl, es spräche jemand mit mir und ich gäbe ihm Antwort, ich hörte das, Rede und Gegenrede, wie von einem höheren Wesen, ich sah auch alle meine Bekannten um mich als Seelen«. —

In den Akten, die Sterilisation betreffend, geht der Streit um die Frage, ob Fräulein M. an Schizophrenie leide oder nicht. Die Diagnose Schizophrenie ist anscheinend zuerst bei ihr gestellt worden in der Privatheilanstalt K. (Juni—Juli 1934), dann abermals in der Univ. Nervenklinik G. (Juli—August 1934, Oktober

Digitized by Google

bis Dezember 1934 und Mai 1935). Das Erbgesundheitsgericht (1. 1. 1935) hat sich dieser Diagnose angeschlossen, das Obergericht hat die Diagnose für bedenkenlos erklärt, das Gericht spricht am 14. 6. 1935 von dem typischen Krankheitsbild der Schizophrenie, es sei nicht der geringste Zweifel daran, das Obergericht (20. 8. 1935) ist in seiner Auffassung nicht zu erschüttern, daß Frl. M. mit Sicherheit an Schizophrenie leide, die Diagnose sei unbedingt gesichert, die akute Krankheitszeit sei mit absoluter Sicherheit eine Schizophrenie gewesen (6. 12. 1935).

Demgegenüber spricht sich Herr Prof. K. auf Grund eigener längerer Untersuchung und Beobachtung dahin aus: Eine Schizophrenie liege bei Frl. M. sicher nicht vor, denn sie habe niemals sicher schizophrene Symptome gehabt und es sei zweitens bei ihr nicht der Ausgang in einen schizophrenen Schwächezustand erfolgt; es handele sich vielmehr um einen Depressionszustand mit atypischen Zügen, mit ungewöhnlicher Symptomgestaltung.

In diesen Gegensätzlichkeiten spiegeln sich zwei Strömungen in der Psychiatrie wieder, welche jetzt besonders häufig ihren Austrag vor den Erbgesundheitsgerichten finden: Die eine sieht das Beweisende für die klinische Diagnose in erster Linie in der Symptomgestaltung, namentlich während der akuten Krankheitszeiten; sie neigt dazu, als Verlaufsabschnitte des manisch-depressiven Irreseins nur solche psychotischen Zustände mit dem typischen, klassischen Symptombild der reinen Melancholie bezw. der reinen Manie anzuerkennen und alle irgendwie anders gefärbten Symptomgefüge als der Schizophrenie verdächtig oder für Schizophrenie beweisend zu halten, soweit es sich nicht um ganz andere Psychosen handelt. Die andere Richtung kennt und betont die sehr viel größere Spielbreite der Symptome des MDI, sie ist überzeugt davon, wie schwierig es in recht vielen Fällen ist, allein aus dem Zustandsbilde die sichere Diagnose auf eine der beiden Krankheiten zu stellen, sie legt den entscheidenden Wert oft auf den Ausgang als letztes Kriterium und lernt aus ihm immer wieder, wie vielgestaltig nicht nur die Schizophrenie, sondern auch, vor allem in seinen ersten Verlaufsabschnitten, das MDI sein kann.

Ganz besonders diese Verschiedenheiten in der Auffassung geben Veranlassung zu den jetzt zahlreichen Unstimmigkeiten der Psychiater vor den Erbgesundheitsgerichten über die spezielle Diagnose vieler Fälle, welche im übrigen als endogen bedingt und als zu den Erbkrankheiten gehörig ihnen nicht zweifelhaft sind.

Daß die Schizophrenie im allgemeinen eine zum Schlechteren fortschreitende Erkrankung ist, das MDI dagegen in einzelnen Schüben mit völlig gesunden Zeiten dazwischen verläuft, darüber herrscht Einigkeit. Aber auch Schizophrenieen können Nachlässe haben bis zu weitgehender Wiederherstellung. Das wird besonders

Digitized by Google

von der ersten Richtung in der Psychiatrie immer wieder betont, gegebenenfalles mit dem Hinweis, daß dann nachträglich jeder Anhalt fehle, aus dem Zustand nach der Erkrankung auf ihre Art Schlüsse zu ziehen. Diesen Standpunkt sehen wir auch im vorliegenden Falle das Gericht und das Obergericht einnehmen: Der Einwand, daß Frl. M. so gut wie gesund sei, beweise nur, daß der Antragsteller das Wesen der Schizophrenie völlig verkenne, entscheidend seien die Krankheitserscheinungen in der akuten Zeit und diese seien im vorliegenden Falle mit absoluter Sicherheit als schizophren anzuerkennen. Das Gericht hat deshalb anscheinend auch für die wiederholten Urteile nie die persönliche Einvernahme der Unfruchtbar-zu-machenden gefordert oder auf ihr bestanden.

Demgegenüber wird mit Recht geltend gemacht: Wer an Schizophrenie erkrankt und eine akute schizophrene Psychose durchgemacht hat, bietet immer Wesenszüge, welche ihn als schizophren oder zur Schizophrenie disponiert erkennen lassen. Es kann schwer oder unmöglich sein, von solchen Menschen nachträglich zu behaupten, sie müßten einen schizophrenen Schub durchgemacht haben, aber wer einen solchen Schub durchgemacht hat, der trägt dann diese Züge, und es kann bedenklich erscheinen, die Diagnose einer strittigen Psychose als Schizophrenie aufrecht zu erhalten, wenn diese Züge vollkommen fehlen.

Das gilt erst recht, wenn der betreffende Mensch nicht nur nicht die Züge der Schizophrenie, sondern ausgesprochen die der Kranken aus dem Formenkreis des MDI trägt, und das ist bei Frl. M. der Fall. Darin aber sieht die zweite der genannten Richtungen die Berechtigung, auch nachträglich aus dem Zustandsbild nach Abklingen der akuten Symptome zum mindesten schwere Bedenken gegen die Richtigkeit der ursprünglichen Diagnose auf Schizophrenie zu tragen.

In dem Sonderfall des Frl. M. spielt von Einzelzügen in den Erörterungen eine besonders große Rolle das Symptom der Depersonalisation, der Entfremdung; das Urteil des Obergerichts vom 20. 8. 1935 weist dafür auf das von *Weygandt* herausgegebene Lehrbuch der Psychiatrie (1935) hin, nach welchem das Entfremdungsgefühl zu den primären Symptomen der Schizophrenie zu rechnen sei. Es mag dahingestellt bleiben, ob, was der Abschnittsbearbeiter dieses Lehrbuches Fremdheitsgefühl nennt, das gleiche ist, wie das, was die Unfruchtbar-zu-Machende hat erkennen lassen, jedenfalls findet sich auf S. 86 des Lehrbuches der Satz, das Entfremdungsgefühl könne auch bei der Schizophrenie vorkommen. Kürzlich ist dazu über denselben Gegenstand eine Monographie von Dr. *Haug* erschienen, welche die große Häufigkeit der Erscheinung der Depersonalisation bei Gesunden sowohl wie bei Kranken betont und unter letzteren bei Hirnverletzungen, Hirnkrankheiten,

Digitized by Google

Epilepsie, Paralyse, Vergiftungen, Neurasthenie, Hysterie, MDI, Schizophrenie und unklaren Fällen. Mit einzelnen solcher vieldeutigen Schlagworte ist selbstverständlich eine Diagnose nicht zu stützen. Es kommt immer auf den Rahmen an, in welchem eine bestimmte Erscheinung von strittiger Bedeutung sich findet. Frl. M. klagt auch jetzt noch über die letzten Reste ihres »Entfremdungsgefühls«; wie sie es jetzt schildert und früher geschildert hat (keine Freudefähigkeit, kein Empfinden, kein Mitschwingen mit den anderen Menschen, zugleich das Gefühl der eigenen Wertlosigkeit), erscheint es als der Ausdruck der typischen Gefühlsunfähigkeit und Minderwertigkeit, über das alle echt Depressiven, die einen mehr, die anderen weniger klagen. Von Wichtigkeit ist dabei, daß sie tatsächlich darüber klagt, daß sie behauptet, nichts zu empfinden und gefühllos zu sein, ohne daß sie es nach ihrem ganzen Verhalten ist, während die Schizophrenen es sind und nicht besonders darunter leiden.

Wenn ich von der Vorgeschichte des Frl. M., welche seit dem 18. 5. hier ist, nichts wüßte, würde ich nie auch nur auf den Gedanken kommen, daß sie schizophren sei oder gewesen sei. Ihr offenes, freies, zugängliches Wesen ohne alle Auffälligkeiten, ohne Kühle und Reserviertheit, ihre jetzt vollkommene Krankheitseinsicht bei noch immer leichtem Krankheitsgefühl, das lebendige eigene Empfinden von ihrer krankhaften Wesensveränderung gegenüber früher widersprechen allem, was ich von Schizophrenen weiß, auch von solchen mit ungewöhnlich guten Remissionen. Ich kenne obenein zahlreiche Fälle von Manien und Melancholien im Rahmen des MDI, namentlich wenn sie erste Verlaufsabschnitte sind, welche anfangs recht ungewöhnliche Zustandsbilder geboten haben. Bei Frl. M. waren es anscheinend ängstlich-verworrene, schreckhafte Erlebnisse, phantastische Angstvorstellungen und nihilistische Ideen. Dahin gehört auch das stets gern als verdächtig bezeichnete Stimmenhören; Frl. M. gibt es selber zu; aber Halluzinieren ist wieder ein äußerst vieldeutiges Symptom. Auch Manisch-Depressive halluzinieren nicht ganz selten, und es ist dann besonders gern bei ihnen eine spezielle Art: Unterhaltungen, Zwiegespräche nachts oder auch bei Tage im Zustand des Wachträumens, Rede und Gegenrede....

Die Gutachten lassen erkennen, daß Frl. M. neben ihren ungewöhnlichen Krankheitszügen während der ganzen Zeit von mindestens 2 Jahren ausgesprochene, schwere depressive Symptome dargeboten hat, welche sich langsam entwickelten, ihren Höhepunkt 1934 hatten und jetzt wieder abklingen. Frl. M. hat während dieser Zeit eine ganze Reihe von Selbstmordversuchen gemacht, immer aus dem Gefühl der eigenen Wertlosigkeit und Hoffnungslosigkeit heraus.

Digitized by Google

Daß diese Depression als Phase eines MDI anzusehen ist, dürfte in hohem Grade wahrscheinlich sein, trotz der Erstmaligkeit ihres Auftretens mit 30 Jahren und trotz des verwaschenen, langhingezogenen Verlaufes über mehrere, wenn nicht eine Reihe von Jahren. Was von belastenden Momenten bekannt ist (3maliger depressiver Erschöpfungszustand einer Schwester) spricht auch mehr im Sinne eines MDI.

Auch Herr Prof. *K.* erkennt für diesen Depressionszustand die Endogenität und die erbliche Veranlagung als Hauptfaktoren an, er hat daneben auch seelischen Momenten und der Lungenerkrankung eine Rolle zugeschrieben. Als auslösenden Faktoren mag letzteren nicht jede Bedeutung abgesprochen werden können, aber zu einer exogenen (d. h. unter das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses nicht fallenden) Psychose wird damit die Erkrankung nicht.

Digitized by Google

Irrenstatistik des Deutschen Vereins für Psychiatrie

(jetzt Psychiatrische Abteilung der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater) für das Jahr 1934.

Leider ist es trotz allen Bemühungen, wenigstens 1934 Vollständigkeit der Statistik zu erlangen, nicht gelungen, dieses Ziel zu erreichen.

Es fehlen die Statistiken der Heil- und Pflegeanstalten Bernburg und Wehnen, der Universitätskliniken Jena, Köln, Leipzig, Breslau und der städtischen Klinik Magdeburg sowie der städtischen Anstalt Breslau.

Somit erstreckt sich die nachstehende Jahresübersicht auf 128 öffentliche Heil- und Pflegeanstalten, 17 Universitätskliniken, 15 städtische Kliniken, Krankenabteilungen und Anstalten, 96 charitative und Privatanstalten.

Gesamtzahl der Kranken in den 256 deutschen Anstalten und Kliniken:

	Anfangsbestand 1934			Zugang 1934		
	männl.	weibl.	zus.	männl.	weibl.	zus.
Öffentliche, Privat- u. charitative Anstalten	72582	74319	146901	26799	26528	53327
Psychiatr. bzw. Nervenkliniken und städt. Anst. u. Abteilungen	2360	2459	4819	22866	17009	39875
	74942	76778	151720	49665	43537	93202

	Abgang 1934			Endbestand 1934		
	männl.	weibl.	zus.	männl.	weibl.	zus.
Öffentliche, Privat- u. charitative Anstalten	23933	24185	48118	75448	76662	152110
Psychiatr. und Nervenkliniken u. städt. Anst. u. Abteilungen	22811	16909	39720	2415	2559	4974
	46744	41094	87838	77863	79221	157084

Digitized by Google

1934	Prozentzahl der Aufnahmen		Prozentzahl des Endbestandes	
	Kliniken	Anstalten	Kliniken	Anstalten
Es litten an				
Schwachsinnszuständen (1a—c)	4,6	12,20	5,16	22,50
Psychischen Störungen nach Hirnverletzungen (2a—b)	4,31	0,68	1,14	0,33
Progressiver Paralyse (3)	5,32	7,30	8,94	3,95
Psychischen Störungen bei Lues cerebri u. Tabes (4)	1,37	1,04	1,14	0,52
Encephalitisfolgen (5)	1,15	0,92	1,06	0,89
Psychischen Störungen des höheren Lebensalters (6a—d)	7,92	11,32	11,09	5,44
Huntingtonscher Chorea (7)	0,11	0,16	0,50	0,14
Psychischen Störungen bei anderen Hirnkrankheiten (8)	2,48	0,59	1,99	0,32
Symptomatischen Psychosen (9a—d)	2,22	1,43	1,66	0,45
Alkoholismus (10a—d)	4,45	3,76	2,63	1,33
Suchten (11)	0,80	0,95	0,50	0,16
Psychischen Störungen bei anderen Vergiftungen (12)	0,40	0,18	0,06	0,15
Epilepsie (13 a und b)	6,46	6,64	5,60	9,89
Schizophrenie (14)	15,37	33,47	34,64	46,11
Manisch-depressiver Formenkreis (15 a und b)	4,97	6,24	7,25	3,34
Psychopathie (16)	12,18	5,77	4,48	2,04
Abnorme Reaktionen (17 a—f)	10,42	4,31	3,67	1,58
Psychopathische Kinder und Jugendliche (18)	0,63	0,50	0,50	0,42
Ungeklärte Fälle (19)	1,73	0,59	0,70	0,16
Nervenkrankheiten ohne psychische Störungen (20)	12,12	0,84	5,81	0,20
Nicht nervenkrank und frei von psychischen Abweichungen (21)	2,12	0,96	1,20	0,11

Dr. Nitsche.

Digitized by Google

Krankheitsformen	
10. Alkoholismus:	
a) Rauschzustände	
b) Chronischer Alkoholismus (Eifersuchtswahn	
c) Delirium tremens und Halluzinose	
d) Korssakowsche Psychose (Polioencephalit rhagica)	
11. Suchten (Morphinismus, Kokainismus usw.)	
12. Psychische Störungen bei anderen Ver Schlafmittel, Blei, Quecksilber, Arsen, Sch stoff, Kohlenoxyd usw.	
13. a) Epilepsie ohne nachweisbare Ursac	
b) symptomatische Epilepsie (soweit nic anderen Gruppe aufzuführen)	
14. Schizophrener Formenkreis	
15. Manisch-depressiver Formenkreis:	
a) manische und depressive Phasen	
b) hyperthyme, dysthyme und zyklothyme F	
16. Psychopathische Persönlichkeiten	
17. Abnorme Reaktionen:	
a) paranoische Reaktionen und paranoische lungen (Querulantenwahn u. ä.)	
b) depressive Reaktionen, welche nicht unter	
c) Haftreaktionen	
d) Rentenneurose	
e) andere psychogene Reaktionen	
f) induziertes Irresein	
18. Psychopathische Kinder und Jugendlic Vollendung des 18. Lebensjahres)	
19. Ungeklärte Fälle	
20. Nervenkrankheiten ohne psychische S	
21. Nicht nervenkrank und frei von psychi weichungen	
Gesamtzahl der	

Digitized by Google

	Abgang nach Abzug der Verlegungen in andere Anstalten			darunter Todesfälle			Bestand am 31. 12. 1934		
	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
Ueber	7198	6926	14124	2719	2850	5569	28450	24094	52544
.....	198	21	219	7	1	8	131	13	144
usw	1182	83	1265	71	9	80	1468	182	1650
.....	82	12	94	17	—	17	124	14	138
is ha									
.....	18	3	21	8	—	8	75	17	92
.....	301	135	436	11	3	14	151	102	253
giftu									
wefelk									
.....	72	22	94	14	4	18	148	91	239
he...	1279	1011	2290	391	323	714	7315	6232	13547
ht in									
.....	145	85	230	37	27	64	840	644	1484
.....	5311	6794	12105	882	1592	2474	31704	38343	70047
.....	733	1858	2591	123	217	340	1475	3120	4595
Konsti	73	153	226	6	18	24	154	327	481
.....	2429	1067	3496	24	71	95	1424	1683	3107
En									
.....	174	192	366	22	31	53	651	649	1300
15a	284	511	795	7	18	25	179	320	499
.....	92	24	116	2	3	5	122	51	173
.....	97	28	125	—	—	—	61	26	87
.....	205	234	439	4	7	11	140	192	332
.....	—	3	3	—	—	—	7	6	13
he (b									
.....	104	55	159	3	4	7	430	217	647
.....	142	94	236	22	26	48	125	131	256
Störu	243	154	397	5	6	11	170	137	307
schei									
.....	306	150	456	8	5	13	104	71	175
Kran	20668	19615	40283	4383	5215	9598	75448	76662	152110

Digitized by Google

Abgang nach Abzug der Verlegungen in andere Anstalten			darunter Todesfälle			Bestand am 31. 12. 1934		
m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
509	393	902	6	9	15	119	98	217
71	67	138	7	1	8	8	23	31
5	9	14	—	—	—	7	2	9
483	48	531	16	4	20	19	5	24
867	80	947	16	6	22	24	9	33
1131	439	1570	176	94	270	310	135	445
309	145	454	28	15	43	32	25	57
248	137	385	4	4	8	34	19	53
954	541	1495	295	221	516	111	104	215
121	237	358	13	28	41	39	65	104
210	340	550	113	148	261	74	138	212
41	56	97	16	17	33	13	7	20
15	18	33	1	7	8	10	15	25
471	415	886	93	82	175	60	39	99
74	97	171	21	18	39	6	15	21
166	191	357	64	72	136	16	17	33
51	99	150	1	12	13	4	11	15
—	85	85	—	12	12	—	13	13
5726	3397	9123	870	750	1620	886	740	1626

Digitized by Google

Krankheitsformen	Bestand am 1. Januar	
	m.	w.
Uebertrag:	901	70
10. Alkoholismus:		
a) Rauschzustände	15	1
b) Chronischer Alkoholismus (Eifersuchtswahn usw.)	60	4
c) Delirium tremens und Halluzinose	23	3
d) Korssakowsche Psychose (Polioencephalitis haemorrhagica)	7	1
11. Suchten (Morphinismus, Kokainismus usw.)	21	13
12. Psychische Störungen bei anderen Vergiftungen: Schlafmittel, Blei, Quecksilber, Arsen, Schwefelkohlenstoff, Kohlenoxyd usw.	3	
13. a) Epilepsie ohne nachweisbare Ursache	145	136
b) symptomatische Epilepsie (soweit nicht in einer anderen Gruppe aufzuführen)	15	4
14. Schizophrener Formenkreis	642	90
15. Manisch-depressiver Formenkreis:		
a) manische und depressive Phasen	88	24
b) hyperthyme, dysthyme und zyklothyme Konstitution	24	7
16. Psychopathische Persönlichkeiten	107	20
17. Abnorme Reaktionen:		
a) paranoische Reaktionen und paranoische Entwicklungen (Querulantenwahn u. ä.)	34	17
b) depressive Reaktionen, welche nicht unter 15a fallen	35	13
c) Haftreaktionen	5	2
d) Rentenneurose	17	4
e) andere psychogene Reaktionen	15	17
f) induziertes Irresein	—	—
18. Psychopathische Kinder und Jugendliche (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres)	21	13
19. Ungeklärte Fälle	17	11
20. Nervenkrankheiten ohne psychische Störungen	146	114
21. Nicht nervenkrank und frei von psychischen Abweichungen	19	2
Gesamtzahl der Kranken:	2360	245

Digitized by Google

	Zugang										
	insgesamt			nach Abzug der Verlegungen aus anderen Anstalten			darunter überhaupt zum 1. Mal aufgenommen			in:	
.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	
59	6915	4465	11380	6763	4318	11081	4677	3268	7945	6930	
16	663	87	750	659	87	746	503	69	572	652	
57	784	76	860	784	76	860	414	38	452	777	
26	125	8	133	124	8	132	96	7	103	123	
8	29	4	33	29	3	32	16	3	19	31	
34	216	105	321	216	105	321	113	85	198	221	
4	75	77	152	75	77	152	59	70	129	76	
64	1275	890	2165	1248	878	2126	766	530	1296	1284	
24	304	107	411	302	107	409	217	80	297	298	
40	2548	3581	6129	2491	3533	6024	1465	2134	3599	2499	
35	492	1123	1615	483	1119	1602	315	663	978	494	
52	120	167	287	120	166	286	80	116	196	128	
16	2907	1949	4856	2887	1939	4826	1926	1318	3244	2887	
51	198	208	406	197	206	403	148	155	303	200	
83	580	786	1366	579	785	1364	451	590	1041	590	
7	103	42	145	103	42	145	64	39	103	103	
24	674	176	850	672	175	847	501	132	633	685	
31	671	706	1377	669	703	1372	471	509	980	668	
—	6	6	12	6	6	12	6	5	11	6	
40	154	100	254	153	98	251	131	88	219	164	
28	374	317	691	372	317	689	238	228	466	374	
260	3123	1710	4833	3069	1674	4743	2127	1244	3371	3101	
40	530	319	849	527	309	836	417	263	680	520	
819	22866	17009	39875	22528	16731	39259	15201	11634	26835	22811	

Digitized by Google

Abgang										
sgesamt		nach Abzug der Verlegungen in andere Anstalten			darunter Todesfälle			Bestand am 31. 12. 1934		
w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
4493	11423	5726	3397	9123	870	750	1620	886	740	1626
84	736	607	83	690	6	1	7	26	4	30
80	857	554	60	614	8	6	14	67	3	70
11	134	111	10	121	13	3	16	25	—	25
4	35	29	4	33	—	2	2	5	1	6
107	328	195	100	295	5	6	11	16	11	27
77	153	72	75	147	11	10	21	2	1	3
898	2182	1089	717	1806	30	25	55	136	111	247
105	403	260	93	353	5	5	10	21	11	32
3437	5936	1518	2046	3564	69	141	210	691	1042	1733
1130	1624	381	851	1232	21	30	51	86	240	326
176	304	109	134	243	4	10	14	26	19	35
1962	4849	2699	1768	4467	7	4	11	127	96	223
207	407	159	175	334	3	2	5	32	18	50
787	1377	519	655	1174	14	11	25	25	47	72
41	144	97	41	138	1	—	1	5	3	8
182	867	639	168	807	—	1	1	6	1	7
694	1362	594	613	1207	1	4	5	18	28	46
6	12	6	6	12	—	—	—	—	—	—
106	270	122	96	218	5	1	6	11	13	24
310	684	343	277	620	19	24	43	17	18	35
1703	4804	2695	1694	4389	77	52	129	168	121	289
309	829	478	270	748	17	19	36	29	31	60
16909	39720	19002	13333	32335	1186	1107	2293	2415	2559	4974

Digitized by Google

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Bericht über die gemeinsame Tagung des Vereins Norddeutscher Psychiater und Neurologen und der Gesellschaft der Neurologen und Psychiater Groß-Hamburgs in den Alsterdorfer Anstalten, am 25. und 26. Januar 1936.

Der Unterzeichnete eröffnete die Versammlung, gedachte des verstorbenen Mitgliedes *Walther*-Bremen und erstattete einen kurzen Geschäftsbericht. Auf seinen Vorschlag übernahmen den Vorsitz bzw. das Schriftführeramt am ersten Tag *Kreyenberg*-Hamburg, *Alsterdorf* und *Eggers*-Hamburg, am zweiten Tag *Pette*-Hamburg und *Matzdorff*-Hamburg.

Vorträge (soweit von diesen Eigenberichte eingegangen sind):

1. *Holzmann*-Hamburg, »Die Stellung des Nervenarztes zur nationalsozialistischen Ideenwelt«.
2. *Meinhof*-Hamburg, »Die Tätigkeit des Hbg. Erbgesundheitsgerichtes im Jahre 1935«.
3. *Holm*-Hamburg, »Wege zur Bestandserhebung der Volksgesundheit«.
4. *Lienau* sen.-Hamburg, »Schizophrenie und Epilepsie im Lichte des Erbgesundheitsobergerichts«.
5. *Lottig*, Hbg.-Jugendamt, »Erbbiologische Grundsätze im Adoptionsverfahren«.
6. *Hesse*-Hamburg, »Begutachtung von Taubstummen und anderen Ohrenerkrankungen für das Erbgesundheitsgericht«.
7. *Kreyenberg*-Hamburg-Alsterd., »Psychische Regelwidrigkeiten bei Taubstummen und deren Sippe und ihre Begutachtung für das Erbgesundheitsgericht«.
8. *Hansing*, Hbg.-Alsterdorf, »Mißbildung und Schwachsinn«.
9. *Burmester*-Hamburg, »Demonstration eines Patienten mit Hämangiom des Gesichtes und Rankenangiom des Gehirns und Frage der Sterilisierung«.
10. *Hampel*, Hbg.-Eppendorf, »Hemiballismus auf luischer Grundlage mit Veränderungen in den Stammganglien«.
11. *Pette*-Hamburg, »Zur Physiologie und Pathophysiologie der vegetativen Regulationszentren im Hirnstamm«.
12. *Bodechtel*, Hbg.-Eppendorf, »Demonstrationen zur Frage des vasculären Momentes bei Hirntrauma«.
13. *Bingel*, Hbg.-Eppendorf, »Zur Klinik und Pathogenese der Blitzverletzung«.

Es wurde beschlossen, die Wahl des nächsten Tagungsortes und den Zeitpunkt der Tagung dem Unterzeichneten zu überlassen.

Der ständige Schriftführer *Gerhard Schäfer*-Hamburg.

Digitized by Google

Holzmann: Die Stellung des Nervenarztes zur nationalsozialistischen Ideenwelt.

Das Arbeitsgebiet des Nervenarztes läßt sich leicht trennen in zwei Abschnitte, ganz klar und deutlich:

1. Erkennung, Behandlung und auch Verhütung von Nervenkrankheiten, die durch äußere Schädigung verursacht sind,

2. von solchen Krankheitserscheinungen, die von innen her erwachsen. Bei denen das von außen Wirkende eine mehr oder minder kleine Rolle spielt, zumeist nur im Sinne der Auslösung wirkt.

In früheren Zeiten pflegte man lieber und häufiger Fremdwörter anzuwenden als heute, man sprach von Krankheiten, exogener und von solchen endogener Art, man sprach von konstutionellen Erscheinungen und von funktionellen Erkrankungen. Auf jedem Gebiete der Medizin spielt die Unterscheidung exogen oder endogen eine Rolle, nirgends eine so große, wie beim Nervenarzt, zumal wenn in diesen der Irrenarzt eingezogen gedacht ist.

Das Wort »endogen« — von innen heraus —, das eine so große Anwendung findet in der Lehre von den Nerven- und Seelenkrankheiten, läßt mit zwingender Notwendigkeit auf den Vererbungsfaktor hindenken, und, weitergegangen auf die Ursache die letzten, von Vererbungskrankheiten fahnden.

Bei vielen Erkrankungen, seien es Nervenleiden im engeren Sinne oder Seelenleiden, findet man wie bekannt in verhältnismäßig mehr oder minder hohem Prozentsatz direkte Vererbung von körperlicher oder seelischer Unter- oder Minderwertigkeit.

Aber auch der Rest bedurfte und bedarf der Klärung.

Es genügt nicht, wenn man sagt, manisch-depressives Irresein oder Dementia praecox ist eine endogene Erkrankung, sie beruht zu 65% oder zu irgend einem anderem Prozentsatz auf Vererbung.

Ist es eine endogene Erkrankung, dann beruht sie immer auf Vererbung; dann sind die angenommenen 65% nachgewiesen und die anderen 35% nicht nachgewiesen.

Hier hätte die Nerven- und Seelenlehre eine engere Ehe eingehen müssen mit der Vererbungslehre zu einer Beantwortung der Frage nach dem Herkommen der 35%, die nicht nachgewiesen sind, die aber auch endogen sein müssen.

Bei all diesen Erscheinungen von Nerven- und Seelenkrankheiten handelt es sich eben um Entartungserscheinungen.

Die Beantwortung der Frage nach dem Herkommen dieser Krankheiten ist mit der Frage nach dem Entstehen der Entartung überhaupt gegeben.

Die Entartungserscheinungen werden sichtbar, wenn Entartung fortgeerbt wird, das ist zweifellos richtig.

Damit ist aber nicht die Frage nach dem primären Entstehen der Entartung beantwortet.

Entartung entsteht vielmehr immer und überall im Pflanzen-, Tier- und Menschenleben durch Rassenmischung; entsteht dann, wenn sich Individuen zur Zeugung eines neuen verbinden, die in der Beschaffenheit ihrer geerbten und vererbbaren Merkmale zu weit auseinanderstehen.

Dann entstehen zuerst funktionelle, dann pathologische Störungen bei dem so gezeugten Individuum, auf körperlichem und auf seelischem Gebiet.

Der Nervenarzt war also, weil er insbesondere durch seinen Beruf den Blick auf Vererbung, Entartung, Entartungserscheinungen hingelenkt bekommt,

Digitized by Google

er Berufenste dazu — ist es heute natürlich erst recht — die nationalsozialistische Gedankenwelt, die den Mut hat, vor Folgerungen nicht auszuweichen und ntsprechende Handlungen auszulösen, zu erfassen.

Im täglichen Wirken im Beruf kann gerade der Nervenarzt immer wieder eobachten, daß das Erscheinungsbild nicht jeder Zeit mit tatsächlichem rbwert im Einklang steht. Leib und Seele sind aber eine Einheit. Der eine ann es besser, der andere kann es weniger gut, aus dem aufgeschlagenen Buch es Körpers die Seele herauslesen. Der eine sieht **mehr** Erbwert und der andere **nur** Erscheinungsbild; aber im Grunde bleibt die Blickstellung für den ervenarzt gegeben.

Der Nervenarzt muß wissen, und insbesondere der Seelenarzt, daß bei er Gestaltung des Lebensschicksales des Einzelnen keineswegs das Geistige as Ausschlaggebende ist, das Verstandesmäßige, sondern daß sie weit mehr bhängig ist von der innewohnenden Triebrichtung, die dazu führt, den Verand, das Geistige in dieser oder jener Richtung wirken zu lassen, auszunützen.

Der Nerven- und der Seelenarzt ist ja oft genug in seinem Beruf mit ndividuen zusammengekommen, die hohe Geistesgaben vereinen mit unendcher sittlicher Minderwertigkeit.

Deshalb müßte gerade er nach einem Bewertungsmaßstabe suchen, der esser ist als die Skala der geistigen Leistungsfähigkeit an sich.

Man mußte es deshalb erlösend empfinden und begrüßte es auch dankbar, aß der Nationalsozialismus einen Wertmaßstab gegeben hat, einen naturemäßen, artgemäßen, volkstümlichen.

Gut ist, was der deutschen Art nützt, schlecht ist, was sie schädigt. echt ist das, was zum Nutzen des deutschen Volkes führt, Unrecht ist das, as dem Gedeihen des artgemäßen deutschen Volkes Abbruch tut.

Derjenige, dessen Willensrichtung im Einklang steht mit der, die vom tandpunkt des deutschen Volkes aus als gut zu bezeichnen ist, dafür ist oraussetzung, daß artrassengemäße Übereinstimmung zwischen ihm und dem eutschen Volke besteht, daß er blutgemäß dem deutschen Volke angehört, er, und nur dieser allein, ist als wervoll zu bezeichnen, unabhängig von seinen eistesgaben.

Er ist umso wertvoller, wenn er, mit dieser Triebrichtung als Voraussetzung, hervorragende Geistesgaben in sich trägt.

Hiermit ist gerade dem Nervenarzt — und dem Seelenarzt — man denke n die Begutachtung, die immer wieder von uns gefordert wird — endlich ein ester Boden unter die Füße gegeben.

Es ist nur so zu erklären, daß Nerven- und Seelenärzte so lange abseits estanden haben beim Aufbau des nationalsozialistischen Staates, daß ihnen ler Übereinklang zwischen dem, wessen der Nervenarzt bedarf, und dem, was ler Nationalsozialismus will, nicht aufgegangen ist.

Um so mehr ist es erforderlich, daß nunmehr, nachdem der Nationalozialistische Staat herangegangen ist, Folgerungen aus dem zu ziehen, was lie Einzelwissenschaften der Abstammungs-, Entwicklungs-, Vererbungslehre, ler Nerven- und der Seelenlehre zusammengebracht haben, fachmännisch und tatkräftig mitgewirkt wird, damit gerade aus der Zusammenfassung, aus der praktischen Auswirkung der Einzelergebnisse emsiger Forschungsarbeit, deren Wert an sich keineswegs verkannt wird, das entspringt, was geschaffen werden soll und muß: ein möglichst leistungsfähiges, widerstandsfähiges, kräftiges, im tiefsten Sinne gesundes deutsches Volk.

Digitized by Google

Wir wollen die Aufgabe des Arztes, nicht wie es so oft geschieht, tragisch sehen, in dem Sinne, daß wir letzten Endes durch unser Wirken uns selbst überflüssig machen. Auch da gibt uns wieder der Nationalsozialismus den richtigen Anstoß, in dem er unser Aufgabengebiet gewaltig vergrößert.

Nicht nur Krankheiten zu heilen ist die heutige Aufgabe, sondern vermehrte Krankheitsverhütung kommt hinzu und eine immer bleibende, viel dankbarere Aufgabe als die, die bisher nahezu das alleinige Vorrecht besaß; die Krankheitsheilung ist die maßgebliche Mitarbeit bei der Leistungssteigerung der Volksgenossen und damit des Volkes als Einheit.

Im nationalsozialistischen Staate wird jedem die Rolle zugeteilt, die er sich erarbeitet auf Grund von Leistungen, aber nicht für solche an sich, sondern von Leistungen für die Erhaltung und Stärkung des Volkskörpers.

Der Nationalsozialismus hat die Aufgabe gesehen und bemüht sich immer mehr es zu erreichen, den Blick des einzelnen zu weiten, über seine Tagesarbeit, über sein Fachgebiet hinaus, hinweg über sein individuelles Einzelleben, hinzu auf das Streben nach einem unsterblichen deutschen Volke.

Die Grundlage des Nationalsozialismus ist die Erkenntnis von der Bedeutung der blutgebundenen Beschaffenheit des Einzelwesens und doch heute bestimmt des Gesamtvolkes.

Gerade der Nervenarzt kann, wenn er das ist, was er nach Ergebnissen der Wissenschaft und nach Überschau sein muß, sich nicht in Symptomatologie ohne Zusammenhang erschöpfen, muß ursächlich denken, sieht den Zusammenhang von Leib und Seele, weiß oder fühlt die Erbbedingtheit des Seienden und des Werdenden, schaut hinaus vom Individualismus auf die Generationskette, d. h., lebt innerhalb der nationalsozialistischen Ideenwelt.

Meinhof: Die Tätigkeit des Erbgesundheitsgerichts Hamburg im Jahre 1935.

1. 1934 war knapp die Hälfte der Pat. in einer Anstalt, 1935 erheblich weniger. Die alten Anstaltsfälle wurden 1934 fast aufgearbeitet. Bei vorübergehenden Verwahrungen wird das Verfahren besonders beschleunigt, die notwendige Grenze jeder Eile sind aber Gründlichkeit und Richtigkeit. 1935 nahm die Zahl der Schizophrenen ab, die Zahl der Epileptiker zu. Dies deutet auf wachsende Mitarbeit der freien Praxis. Auch Krankenanstalten und Jugendamt lieferten reichlich Material. Beim Wohlfahrtswesen machte der Arztmangel in Farmsen anfangs Schwierigkeiten. Die Strafanstalten lieferten aus unbekannten Gründen nur ganz wenig.

2. In der Behandlung der Sachen wird auf sorgfältige, fachmännische Beurteilung Wert gelegt. Sippentafeln werden ohne Rücksicht auf Zeit und Kosten ergänzt, so weit es die Entscheidung fordert. In Zweifelsfällen werden Nachbegutachtungen angefordert, im Termin wird nicht untersucht, auch nicht durch Intelligenzprüfungen. Die ärztliche Diagnosenstellung ist immer Sache der Ärzte, niemals des Vorsitzenden. Er soll das Verfahren führen, für Beschleunigung und Gründlichkeit sorgen und in allen Rechtsfragen beraten und mitstimmen. Rechtsfragen gibt es vom Standpunkt der allein maßgeblichen lebensgesetzlichen Rechtsschule aus gesehen mehr als genug im Erbgesundheitsrecht. Auf sie soll der Rechtsberater sich beschränken, denn bei der Diagnosestellung und Beschreibung der Krankheiten ist er doch immer Laie. Er sollte deshalb darüber nicht schreiben, selbst wenn er glaubt, etwas gelernt zu haben. Entweder wird er Altbekanntes wiederholen oder höchstanfechtbare Dinge von

Digitized by Google

sich geben. Die Vorsitzenden sollen das, was sie angeht, in ärztlichen Lehrbüchern lernen und sich von ihren ärztlichen Beisitzern an den Patienten selbst erklären lassen. Deshalb sind die Veröffentlichungen von Oberlandesgerichts-Rat Dr. Grunau, Kiel, die in der Zeitschrift der Akademie für deutsches Recht und der Juristischen Wochenschrift zu erscheinen pflegen, als unwissenschaftlich und wertlos vom Arzt wie vom Rechtswahrer abzulehnen.

A. Lienau-Hamburg: Über Schizophrenie und Epilepsie im Lichte des Erbgesundheitsobergerichtes.

L. behandelt Fälle, in welchem das Erbgesundheitsgericht besprochen und Amtsarzt oder Beurteiler gegen das Urteil Beschwerde erhoben haben, *L.* betont die Häufigkeit der »Grenzfälle«.

Es sei zu bedenken, daß die Zahl der Schizophrenen im direkten Erbgang relativ gering sei, daß dagegen ein Heer von Psychopathen aller Art auf der erblichen Basis erwachse; es sei aber im Sinne des Gesetzes besonders notwendig, diejenigen Psychopathen zu erfassen, welche schon selbst als seelische Mißbildungen aufzufassen seien und mit größter Wahrscheinlichkeit erbkranken Nachwuchs erwarten lassen.

Wie man in Fällen von moralischem Schwachsinn bei ernster Gefährdung des Nachwuchses sich mit nur geringem intellektuellem Schwachsinnszeichen zur Urteilsfindung begnüge, müßte man auch bei den Erbkranken da, wo eine ausgesprochene Schizophrenie nicht nachweisbar sei, mit kleineren Anfällen oder Schüben, welche als schizophren aufgefaßt werden könnten, für die Urteilsfindung rechnen und im Sinne des Gesetzes urteilen. Es könne dabei fraglich sein, ob man Schizophrenie oder Manisch-depressives Irresein diagnostizieren wolle; praktisch sei das aber gleichgültig, da beide Krankheitsformen unter das Gesetz fallen.

Auf der anderen Seite gäbe es ausgesprochene Fälle von schizophreniformer Erkrankung, welche keine Schizophrenie darstellen, aber mit der einmal gestellten Diagnose jahrelang zu Unrecht behaftet gewesen seien. Solche schizophrenieforme Erkrankungen, welche im Verein mit schweren körperlichen Erkrankungen, postoperativ oder im Laufe der Schwangerschaft, des Wochenbettes, der Laktation entstanden, seien natürlich dort, wo der Verlauf die Diagnose Schizophrenie nicht bestätige, von der Wirkung des Gesetzes auszuschließen. Bei der Beurteilung müßte in Zweifelsfällen die nachgewiesene erbliche Belastung den Ausschlag geben. — Sehr schwierig seien häufig die Differentialdiagnosen bei jugendlichen Versagern aus gebildeten Familien, bei denen man mit der Diagnose: moralischer Schwachsinn nicht durchkomme; da könnten und müßten einzelne besondere Vorkommnisse dem Gutachter die Einreihung unter die Diagnose: manisch-depressiv oder schizophren erleichtern, wenn psychiatrische Kunst auch eine »Defektbildung im Bereiche der Persönlichkeit« im Anschluß an das betreffende Ereignis nicht nachzuweisen vermag. Wichtige Anhaltspunkte ergeben sich insbesondere aus der Art der Erinnerungslosigkeit oder aus der Schilderung und Beurteilung des betreffenden Vorganges seitens des Pat.

L. berichtet über einige derartige Fälle.

Aus dem Gebiet der Epilepsie beschränkt sich *L.* auf Fälle, in denen Alkohol- und Nikotin-Mißbrauch die Diagnose: »Genuine Epilepsie« in Frage stellten, und wo frühere Kopfverletzungen oder andere exogene Momente in Frage kämen.

Digitized by Google

An Hand einiger Beispiele schildert *L.* seine Auffassung, die bei besonderer Schwere der Fälle den Standpunkt notwendig mache: in dubio pro populo.

Lottig-Hamburg: Erbbiologische Grundsätze im Adoptionsverfahren. (Landesjugendamt Hamburg.)

Die Durchdringung aller öffentlichen Maßnahmen mit nationalsozialistischem Gedankengut und mit gesunden rassenpolitischen Grundsätzen wirkt sich besonders aus auf dem umstrittenen Gebiet der Adoption und der Adoptionsvermittlung. In zwiefacher Hinsicht ist dieses Gebiet erbbiologisch bedeutsam. Einerseits haben die Erfahrungen der Adoptionspraxis wichtige Einsichten über den Einfluß von Anlage und Umwelt gewinnen helfen, und auf der anderen Seite muß die Anbahnung und Durchführung von Adoptionen in Einklang gebracht werden mit unseren heutigen rassenpolitischen Forderungen. Die Annahme eines Kindes an Kindesstatt stellt einen der verantwortungsvollsten Schritte dar. Eine nicht geringe Zahl von Adoptionen ist nicht zum Glück der Beteiligten ausgeschlagen, da man die Bestimmung des menschlichen Schicksals durch seine Erbmasse nicht gekannt oder nicht genügend berücksichtigt hatte.

Der Vortragende berichtet über einen klassischen Fall von fehlgelaufener Adoption: 17jähriger Junge von geistig und wirtschaftlich hochstehender Familie adoptiert, beginnt mit 14 Jahren Sexualdelikte auszuführen. Nachforschungen zeigen, daß dieser Junge, der seit der frühesten Jugend den besten erzieherischen und charakterlichen Einflüssen ausgesetzt war, von einer ethisch minderwertigen Mutter abstammte. Der Erzeuger war ein russischer Kriegsgefangener. Der Junge zeigte eine schwere charakterliche Disharmonie: praktisch normale Intelligenz, hoher Bildungsstand, dabei fast völlige ethische Stumpfheit und daher völlige Reuelosigkeit. — Derartige Fälle legen die sorgfältige erbbiologische Vorbereitung von Adoptionsverträgen besonders nahe.

Der Vortr. berichtet über die ärztlichen und erbbiologischen Gesichtspunkte der Adoptionsbeurteilung beim Landesjugendamt Hamburg. Sowohl die Annehmenden als auch die Angenommenen und deren direkte Vorfahren müssen durch Untersuchung, Einziehung von amtlichen Auskünften einschließlich Akten der Fürsorgeverbände, Strafregisterauszüge usw. eingehend erfaßt werden. Der Erbwert des Kindes muß einigermaßen sicher als nicht ungünstig beurteilt werden können. Im ganzen ist die Forderung zu erheben, daß nur erbgesunde Kinder von erbgesunden Ehepaaren adoptiert werden dürfen. Hierbei ist nicht nur das Interesse des Kindes und der Adoptiveltern im Augen zu halten, sondern das der beteiligten Sippe. Die neue Fassung des § 1754 BGB. fordert die Ablehnung einer Adoption, »wenn vom Standpunkt der Familie des Annehmenden oder im öffentlichen Interesse wichtige Gründe gegen die Herstellung eines Familienbandes zwischen den Vertragschließenden sprechen«. Nach §§ 1750 und 1751 BGB. wird man auch das anzunehmende Kind gegebenenfalls zu schützen haben vor der Adoption durch eine minderwertige Sippe. Aus diesen neuen Grundsätzen und Forderungen ergeben sich bestimmte Änderungen der Adoptionsvermittlung im Sinne einer sorgfältigen Prüfung nicht nur der Gesundheit, sondern auch des Erbwertes der Beteiligten. Man wird normalerweise eine Adoption erst bei Abschluß des zweiten Lebensjahres gutheißen können, um wenigstens die erste motorische, sprachliche und geistige Entwicklung des Kindes übersehen zu können. Bei unbekanntem Erzeuger wird man nur dann die Adoption

Digitized by Google

befürworten können, wenn die Kindesmutter besonders wertvoll ist, wenn ihre Angaben über den mutmaßlichen Erzeuger besonders zuverlässig sind und wenn alle äußeren Momente sehr für die Adoption sprechen. Erbkrankheit der Kindesmutter oder des Erzeugers schließt im allgemeinen Adoption durch eine erbgesunde Sippe aus. Liegt seitens der Kindesmutter oder des Erzeugers eine Belastung mit schwerer psychischer, moralischer Minderwertigkeit oder Kriminalität vor, so wird man eine Adoption höchstens dann befürworten können, wenn das Kind nach Abschluß der Reifejahre in jeder Hinsicht einwandfrei geblieben ist. Die relativ große Zahl von mißglückten Adoptionen bei derartigen Belastungen erfordert eine solche Zurückstellung bis zum 16. Lebensjahr, obwohl die Beteiligten oft nur wenig Verständnis für eine solche Maßnahme zeigen, und obwohl der Fiskus ebenfalls eine frühe Adoption zur materiellen Entlastung des Staates wünscht. Für Fälle mit leichter psychopathischer oder asozialer Belastung wird von Fall zu Fall zu prüfen sein, wie lange die Adoption hinausgeschoben werden muß. Starre Richtlinien können und dürfen hierfür nicht gegeben werden. Erschwerungen und Zurückstellungen von Adoptionen werden oftmals nötig sein, sollen aber natürlich nicht strenger und nicht häufiger verlangt werden, als nach der erbbiologischen Sachlage gerechtfertigt ist. Für viele Fälle wird unter den geschilderten Umständen eine gesetzlich gesicherte Pflegekindschaft zu fordern sein, damit die Pflegeeltern nicht in der ständigen Angst um die etwaige Fortnahme des Kindes zu schweben brauchen. Auch bei erblicher oder sonstiger Minderwertigkeit der Annehmenden oder ihrer Sippe wird man Adoptionen versagen müssen, da das anzunehmende Kind denselben Schutz verlangen kann wie die Annehmenden.

Daß der Adoptionsvertrag zurzeit meistens noch geschlossen wird, bevor die nötigen ärztlichen Untersuchungen erfolgt sind, stellt einen schweren Mangel dar und muß nach Ansicht des Vortr. schnellstens geändert werden. Auch die Ehetauglichkeitsuntersuchung wird ja nicht nach der Eheschließung vorgenommen, sondern vorher.

Die Auslegung des neuen Adoptionsgesetzes (§ 1754 BGB.) bietet zurzeit noch eine Reihe von Unklarheiten und Meinungsverschiedenheiten, die sich erst im Laufe der Umwandlung des Rechtsdenkens beseitigen lassen werden. Nach der Auffassung des Vortr. verstößt es z. B. gegen das »öffentliche Interesse« wenn Adoptionen von Kindern genehmigt werden, deren natürliche Eltern noch leben und unbescholten sind. Die heutige deutsche Auffassung von der Wichtigkeit und Unverletzbarkeit der natürlichen Blutsbindungen kann einen derartigen »Elterntausch«, wenn nicht zwingende Gründe besonderer Art dafür sprechen, nicht gutheißen. Auch entspricht es nach Ansicht des Vortr. nicht der Denk- und Fühlweise des deutschen Volkes, wenn Kinder, insbesondere Söhne von im Weltkrieg gefallenen Vätern adoptiert werden und dadurch den Namen ihres gefallenen Vaters nicht weiter führen. Derartige Folgerungen, die für die liberalistische Form des vergangenen Rechtsdenkens überraschend und unfaßbar erscheinen, werden erst allmählich in die deutsche Rechtspflege eindringen können.

Tiefgreifende Wandlungen der Adoptionspraxis und der Adoptionsvermittlung sind im heutigen Deutschland unumgänglich notwendig, auch dann, wenn das Verständnis dafür nur allmählich hervorgerufen werden kann. Hier liegt für den erbbiologisch und rassepolitisch richtig eingestellten Arzt eine wichtige Aufgabe. Eine nicht geringe Zahl von Adoptionsvermittlungen frühe-

Digitized by Google

ren Stiles muß heute ausgeschaltet werden. Daneben wird es durch sinnvolle und einmütige Zusammenarbeit aller beteiligten Stellen anzustreben sein, die Adoption wertvoller Kinder durch wertvolle Adoptiveltern mit allen Mitteln zu fördern und zu unterstützen. Nicht materielle, sondern rassenbiologische Gesichtspunkte haben hierbei den Ausschlag zu geben.

Neurologen-Kongreß.

Dr. *Hesse*, Ohrenarzt Hamburg: Begutachtung von Taubstummen und anderen Ohrenkranken für das Erbgesundheitsgericht. Aus eigenen Erfahrungen und in Anlehnung an *Schwarz*, Erbliche Taubheit werden die unter das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses fallenden Ohrerkrankungen besprochen. Besonderer Hinweis auf die Notwendigkeit ausführlicher Stammbäume und Demonstration solcher aus der Zusammenarbeit mit Herrn Dr. *Kreyenberg*, Alsterdorf und aus der Literatur.

Kreyenberg-Alsterdorf: Über psychische Regelwidrigkeiten bei Taubstummen und ihren Sippen und ihre Begutachtung für das Erbgesundheitsgericht.

Es wird festgestellt, daß von 95 Taubstummen-Sippen mit Sicherheit 55 endogen und 40 exogen bedingt sind. Man hat hier also ein ungefähres Zahlenverhältnis von $\frac{2}{3}$ zu $\frac{1}{3}$ vor sich. Dieses Ergebnis ist sehr interessant, da es im Gegensatz steht zu den Zahlen, die bisher von *Schwarz* und erst kürzlich von *Voß* in der Medizin. Welt angeführt wurden, die ein genau umgekehrtes Zahlenverhältnis fanden, nämlich $\frac{2}{3}$ exogene und ein Drittel endogene Fälle. Es wird allerdings von *Schwarz* darauf hingewiesen, daß diese Zahlen genau nachgeprüft werden müssen, da man sich bei früheren Statistiken nicht immer die genügende Mühe gemacht habe, die exogenen Fälle genau auf ihre Erblichkeit zu untersuchen.

Da diese Zusammenstellungen schon ein sehr interessantes Ergebnis gezeitigt haben, so wird dazu Stellung genommen, wie weit sich andere Krankheiten zusammen mit der Taubstummheit vererben, resp. wieviel andere Erbkrankheiten in Familien mit Taubstummheit vorkommen. *Schwarz* schreibt, daß nach der Reichstatistik Schwachsinn und Lähmungen der Extremitäten häufiger bei der angeborenen als bei der erworbenen Taubheit vorkommen. Er schreibt aber weiter, daß eindeutige Zahlen erst dann zu erhalten wären, wenn die Fälle ererbter Taubheit exakt getrennt sein werden von den Fällen erworbener Taubheit. Was zunächst die Geschwister der Taubstummen anbelangt, so sind 121 Geschwister der Taubstummen erfaßt worden. Von diesen sind 13,2% klein gestorben, 14% der Geschwister waren taubstumm, 6,6% schwachsinnig, 8% hatten eine schwere körperliche Mißbildung. Es waren also von den untersuchten Taubstummen 1,5% psychisch nicht intakt. Es wird hervorgehoben, daß es vollkommen sinnlos ist, bei Taubstummen den staatl. Fragebogen auszufüllen und danach etwa die Diagnose »Schwachsinn oder Nichtschwachsinn« zu stellen, da der Taubstumme ganz anders intellektuell arbeitet, wie der Normale, daß er gleichsam alles Schriftliche erst übersetzen muß und manches gar nicht so versteht wie man es von ihm annimmt.

Bei den Eltern der Taubstummen findet man auch wieder erhebliche Belastungen. Von 11 Eltern der endogenen Gruppe waren 6 taubstumm, 5 Trinker, 2 Epileptiker, 5 Psychosen, 3 schwachsinnig. Es sind also allein

Digitized by Google

$^1/_8$ geistig defekt. Beim Vergleich der Belastung bei der endogenen und exogenen Gruppe ergibt sich, daß in der endogenen Gruppe die Belastung bedeutend stärker ist als in der exogenen Gruppe, von 44 Geschwistern der exogenen Gruppe konnten nur zweimal eine Psychopathie festgestellt werden. Von den 40 Pat. waren nur 3 schwachsinnig, das sind 7,5% Schwachsinn.

Nach einem Gesamtüberblick ist zu sagen, daß bei einem Material von fast 100 Stammbäumen ein sehr hoher Prozentsatz der Taubstummen schwachsinnig war, bei der endogenen Gruppe waren es 15, das sind also 20%, bei der exogenen Gruppe waren es nur 7%. Von den Geschwistern waren bei der endogenen Gruppe ¼ nicht einwandfrei an psychischen Defekten, während bei der exogenen Gruppe 2,7% waren, bei denen sich Defekte nachweisen ließen. Auch bei den Eltern und Großeltern war die Belastung erheblich. 25% der Eltern waren psychisch abwegig, allerdings waren auch bei der endogenen Gruppe 20% geistig abnorm. Man sieht daraus, daß die sogen. exogenen Fälle aus einem Erbmilieu kommen, welches nicht als einwandfrei zu bezeichnen ist und daß sie scheinbar infolge einer angeborenen Disposition zu cerebralen Erkrankungen neigen. Man hat demnach sein Augenmerk zu richten, daß, wenn psychisch Regelwidrigkeiten sich besonders in einer Familie mit exogener Taubstummheit häufen, dann auf diese erblichen psychischen Regelwidrigkeiten zu achten ist, und daß man feststellen muß, ob sie nicht irgendwie anders durch das Sterilisationsgesetz gepackt werden können.

Hansing-Hamburg-Alsterdorf: Schwachsinn und erbliche Mißbildung.

Über den Zusammenhang von Schwachsinn und Mißbildung fehlen bisher noch umfassende Untersuchungen. Daß ein Zusammenhang bestehen muß, fällt demjenigen, der in einer Schwachsinnigenanstalt arbeitet, ohne weiteres auf. Bekannt ist, daß frühkindlich erworbene Gehirnaffektionen zu Schwachsinn und je nach Sitz auch zu Mißbildungen führen können. Es soll aber in diesem Vortrag nur gefragt werden nach dem Zusammenhang von erblicher Mißbildung und Schwachsinn. Die exogen erworbenen Krankheitsbilder scheiden für diese Betrachtung aus.

Bei den erblichen mit Schwachsinn gekoppelten Mißbildungen muß je nach der formalen Genese unterschieden werden zwischen solchen Mißbildungen, die auf Grund einer Hemmung in der Foetalentwicklung entstehen und echten Mißbildungen, die Erbkrankheiten als solche darstellen und nicht auf dem Boden einer Hemmungsbildung entstehen.

Die Erblichkeit dieser Hemmungsmißbildung ist bekannt, nicht aber der Zusammenhang mit Schwachsinn. Um diese Zusammenhänge richtig verstehen zu können, ist es notwendig, die Kenntnisse der Entwicklungsmechanik, wie sie von Speemann bekannt sind, zugrunde zu legen. Es ist ausschlaggebend für das Zustandekommen einer Mißbildung mit Schwachsinn, wann in der Ontogenese der krankmachende, d. h. der entwicklungshemmende Faktor zur Wirkung kommt. Geschieht dies sehr früh, d. h. wenn die Organisierung noch nicht weit vorgeschritten ist, die Keimblätter und die Organanlagen noch nicht ausdifferenziert sind, so ist die Wirkung eine größere und andere, als wenn der Faktor erst zu einem späteren Zeitpunkt in die Entwicklung eingreift, und zwar in der Weise, daß Faktoren, die früh zur Wirkung kommen, Mißbildungen mit Schwachsinn hervorrufen und Faktoren, die spät (nach weiterer Ausdifferenzierung) den Organismus befallen, lediglich Krankheiten an dem betroffenen

Digitized by Google

Organ hervorrufen. Zahlenmäßige Unterlagen für diese These fehlen zurzeit noch, aber rein eindruckmäßig muß dies aus dem Material unserer Anstalt angenommen werden.

Ich stelle Ihnen hier im folgenden ein paar Patienten vor, die alle an einer Hemmungsmißbildung, vereint mit Schwachsinn, leiden, wobei, wie Sie sofort erkennen werden, die Mißbildung schon in frühester Zeit der Ontogenese zustande kam, nämlich während der Entwicklung und weiteren Organisation der Neuralplatte, resp. in der späteren Aufgabenzeit der Neuralplatte, der Induktion des Augenbechers usw.

Sicherlich gehören auch die massenhaft bei Schwachsinnigen auftretenden endokrinen Störungen, namentlich die häufig vorkommende Fettsucht hierher, und zwar als Ausdruck einer hypophysären, also auch im Gebiet der Neuralplatte liegenden Mißbildung im Sinne einer Disfunktion der Hypophyse.

Im Gegensatz zu diesen Mißbildungen, die in der Frühzeit der Ontogenese angelegt wurden, stehen Mißbildungen, die während der späteren Entwicklung des Individuum zustande kamen, d. h. nach Induktion der Organanlagen. Sicherlich haben diese Mißbildungen nichts mit Schwachsinn zu tun, obgleich sie auch Hemmungsmißbildungen darstellen. Ich erinnere hier an die Hypospadie, die Mißbildungen innerer Organe usw.

Von diesen Erkrankungen ganz unabhängig, gibt es Erbkrankheiten von wohlcharakterisiertem Typ, die wir als Mißbildungen auffassen und die ganz sicher nicht mit Schwachsinn zusammenhängen. Ich denke hier an die Chondrodystrophie, die Recklinghausen'sche Erkrankung, die Bluterkrankheit, das Xantelasma pigmentosa, die Ichtyosis, erbliche Gefäßanomalie usw. Ich könnte Ihnen da keine Pat. aus unserer Anstalt vorführen.

Schwierigkeiten für das Verständnis der Zusammenhänge zwischen Schwachsinn und Mißbildungen machen vor allen Dingen solche Fälle, in denen eine Mißbildung vorhanden ist, diese aber nach unserer heutigen Anschauung sicherlich nicht als einfache Hemmungsmißbildung aufzufassen ist, sondern als echte Fehlanlage imponiert und wo außerdem auch noch Schwachsinn vorhanden ist. Muß man hier an 2 Minus-Varianten denken, die auch getrennt voneinander auftreten können? Ich möchte diese Frage an Hand von 2 Pat., die ich gleich im Lichtbild vorstellen werde, vereinen.

Familie Dürkopp.

Eltern: Keine körperliche Krankheiten. Vater nicht sehr gut gelernt, Mutter unangenehme Frau.

Kinder: Bei beiden Zustand bei der Geburt bemerkt. Stamm und obere Extremitäten normal, entwickelten sich auch in der Folgezeit so.

Eine Schwester Hilfsschule, die andere 4. Kl. der Volksschule entlassen. Moralisch bes. die älteste minderwertig, lügnerisch, heimlich, gewalttätig, homosexuelle Dinge. Nach Schulentlassung bei der Arbeit wenig brauchbar. Älteste mehrfach operiert, verschiedentlich untersucht.

Befund: Atrophie der Unterarm- und Daumenballen-Muskulatur. Beschränkung der Daumenabduktion und Einrollung.

Unterschenkel stehen in Valgusstellung mit Konkavkrümmung nach hinten, Knickfüße nach außen mit starker Vorfußadduktion. Narben! Keine path. Reflexe, keine Sensibilitätsstörungen. Röntgenologisch findet sich bis auf die operierten Teile kein Umbau des Knochenstruktur. Alle anderen Knochen und Gelenke zeigen röntgenologisch nichts besonderes bis auf Synostose an den

Digitized by Google

Fußknochen, insbesondere findet sich auch keine Anomalie an der Halswirbelsäule, die für die Atrophien verantwortlich zu machen wären.

Psychisch: Schwerfällig, langsam, Affekte einer Schwachsinnigen.

Intelligenzalter: 10 jähriges Kind Schulwissen, psychologisch: 13 jähriges Kind.

In den Akten finden sich folgende Diagnosen: Angeborene Mißbildung, kongenitale Rachitis, kongenitale Lues, Recklinghausensche Erkrankung, Pagetsche Erkrankung (vorgestellt auf dem Kongreß der orthopädischen Gesellschaft) Chondodystrophie, Poliomyelitis, Osteopsathyrosis.

Gegen eine Recklinghausen'sche Erkrankung sprechen das Fehlen von Knochenzysten und Pigmentanomalien, auch tritt die Erkrankung meist erst im 1. oder 2. Dezennium auf und geht mit sexueller Frühreife einher. Für eine Poliomyelitis war anamnestisch kein Anhalt gegeben. Auch entspricht das Krankheitsbild in keiner Weise einer Poliomyelitis, bei der niemals Knochenveränderungen beobachtet werden. Das Fehlen von Spontanfrakturen im extrauterinen Leben, sowie Beschränkung der Mißbildung auf die unteren Extremitäten spricht mit großer Wahrscheinlichkeit gegen eine Osteopsathyrosis. Congenitale Rachitis gibt es nach neuerer Auffassung nicht. Bei der Chondrodystrophie sind alle Extremitäten im allgemeinen betroffen, Pes-Valgus-Stellung gehört nicht zum Krankheitsbild. Auch finden sich am Schädel der Pat. nicht die für diese Erkrankung charakteristischen Veränderungen. Der Intellekt pflegt normal zu sein. Die angeborenen Knochenveränderungen bei einer Lues congenita sind ein eindeutig umschriebenes Krankheitsbild (Osteochondritis syph.). Auch ist sonst kein Anhalt für Lues congenita gegeben.

Gegen eine Paget'sche Erkrankung, die von Prof. Dr. *Deutschländer* diagnostiziert wurde und als solche auch in einer Arbeit veröffentlicht wurde, spricht eigentlich alles. In erster Linie das Angeborensein der vorliegenden Erkrankung, sowie der für diese Erkrankung typische Umbau der Knochenstruktur im Sinne einer Ostitis; die für Paget'sche Erkrankung typischen hyperostotischen Auflagerungen (Eburnisation) und sowie fast immer das Befallensein der Schädelknochen fehlen in vorliegendem Falle.

Sicher ist, daß der erbliche Krankheitsfaktor eine so schwere Änderung in dem Genengefüge hervorrief, resp. so früh während der Entwicklung eingriff, daß auch eine Schädigung im Gebiete der Gehirnanlage zustande kam, die sich in Schwachsinn äußert. Möglich ist auch, wenn auch nicht beweisbar, daß es sich hier primär um eine Mißbildung des Gehirns handelt, wie sie z. B. von *Bonnevie* für die erbliche Hinterfußanomalie von Mäusen beschrieben worden ist. Doch ist dies nur eine Hypothese und wird wahrscheinlich niemals für die Extremitätenanomalien von Menschen beweisbar sein.

Ich komme nun zu der Zusammenfassung. Bei der Frage nach dem ursächlichen Zusammenhang zwischen Schwachsinn und körperlicher Mißbildung ergibt sich auf Grund der Kenntnisse der Entwicklungsmechanik, daß sowohl Hemmungsmißbildungen als auch echte Mißbildungen vorwiegend dann mit Schwachsinn gekoppelt sind, wenn das krankmachende Gen sehr früh im Laufe der Ontogenese zur Wirkung kommt. Manifestiert sich dieser krankmachende Faktor erst spät, wenn die Induktion der Organanlagen schon beendet ist, so kommt es zu einer Mißbildung an dem betreffenden Organ, übt aber keinen Einfluß auf die übrigen Organe aus.

Diese Betrachtungen wurden angeregt durch die Schwierigkeiten, die

Digitized by Google

die beiden Schwestern, die ich Ihnen vorhin im Lichtbild vorstellte, bei der Beurteilung vor dem Erbgesundheitsgericht machten. Die praktische Schlußfolgerung für die Beurteilung der Schwachsinnigen vor dem Erbgesundheitsgericht erscheint mir die, daß namentlich bei den Grenzfällen von Schwachsinn, bei denen außerdem Mißbildungen im Bereich der Neuralplatte vorhanden sind, diese als ganz besonders schwerwiegend zu betrachten sind und die betr. Pat. sicher sterilisiert werden müssen daß aber ebenso leichte körperliche Mißbildungen auf ihren Geisteszustand zu untersuchen sind.

Burmester: Demonstration. Demonstration eines Pat. mit Haemangiom des Gesichts u. Rankenangiom des Gehirns u. Frage der Sterilisierung.

Es wird ein Mann gezeigt, der Herrn Dr. *Kreyenberg* zur Begutachtung wegen Verdacht auf genuine Epilepsie überwiesen worden war.

Der Mann, der aus gesunder Familie stammt, hat ein angeborenes Hauthaemangiom der r. Stirnhälfte. Von Geburt an bestand eine geringgradige Tonussteigerung mit Lähmung der l. Körperhälfte im Sinne der zerebralen Kinderlähmung. Mit 14 Jahren traten zum erstenmal Krampfanfälle des l. Armes oder Beines auf. Die entsprechende Extremität wurde für einige Sekunden steif. Es bestand keine Amnesie, im Anfall und nachher völliges Wohlbefinden.

Auf der l. Körperseite besteht Astereognosie, während die Sensibilität nicht gestört ist. Bei der Untersuchung fällt die steife Haltung der l. Körperseite auf. Der Kopf wird etwas schief gehalten. Geringe Mitbewegungen des Armes und Erschwerung des Fingerschlusses l. Es besteht l. eine allgemeine Reflexsteigerung. — Der Verdacht auf einen Prozeß der motorischen Region der r. Hemisphäre wird durch eine Röntgen-Aufnahme bestätigt. Es handelt sich um ein Rankenangiom der vorderen Zentralwindung. Der Befund ist nicht sehr auffällig. Deshalb wird ein anderer Fall gezeigt, bei dem das verkalkte Rankenangiom zu sehen ist.

Es wird die Frage erörtert, ob ein vererbbares Leiden vorliegt im Sinne des Gesetzes zur V.e.N. Daß es sich nicht um genuine Epilepsie handelt, ist sicher. Nicht aber, ob die Erkrankung als schwere angeborene Mißbildung anzusprechen ist, die unter das Gesetz fällt. — Es ist bekannt, daß Hauthaemangiome sich dominant vererben, allerdings mit wechselnder Lokalisation. Eine Vererbung von Rankenangiom des Gehirns ist bei der verhältnismäßigen Seltenheit des Leidens bisher nicht bekannt geworden. Da es aber stets mit einem Hauthaemangiom kombiniert ist, — beide entstammen demselben Keimblatt, — so muß eine Vererbbarkeit angenommen werden. Da die Erscheinungen häufig wesentlich schwerer sind als in diesem Fall (Hinweis auf die Arbeit von *Kreyenberg* und *Hansing*, Z. f. d. ges. Neur. u. Psych., Bd. 152, Nr. 5), so ist schwere angeborene körperliche Mißbildung anzunehmen, die die Voraussetzungen des Gesetzes erfüllt.

Diskussion: Herr *Glettenberg* (Hannover) weist darauf hin, daß dieses Krankheitsbild gar nicht so selten ist. Er fordert exakte Diagnostik: Trias: Hautnaevus, Hydrophthalmus, Rankenangiom mit Hemiplegie. Als therapeut. Maßnahme empfiehlt er Röntgenbestrahlung. Die operative Behandlung lehnt er ab wegen der meist vorliegenden weiten Ausdehnung des Prozesses und wegen der Gefahren, vor allem durch Blutung.

Schlußwort: *Kreyenberg*. In diesem Fall besteht kein Hydrophthalmus.

Digitized by Google

Operation wird ebenfalls abgelehnt. Röntgenbestrahlung ist für diesen Fall schon empfohlen.

Hampel-Eppendorf: Hemiballismus auf luischer Grundlage mit Veränderungen in den Stammganglien.

E. Hampel berichtet über den anatomischen Befund am Gehirn bei einer choreatisch-hemiballistischen Bewegungsstörung. Ätiologisch ist der Prozeß auf eine Lues zurückzuführen, die der 45 jährige Pat. vor 23 Jahren erworben hatte. Es besteht eine sogen. Endarteriitis lucia der kleinen Gefäße der Rinde und des Hirnstammes neben herdförmigen in bestimmten extrapyramidalen Kerngebieten betonten gliösen Wucherungen. Für die klinischen Erscheinungen werden schwerste Ganglienzellenveränderungen nach Art ischaemischen Erkrankung im Corpus Luys und an den großen Ganglienzellen des Corpus Striatum contralateral zur Bewegungsstörung verantwortlich gemacht. Wesentlich ist vor allem die Darstellung der Ganglienzellerkrankung im Corpus Luys, insofern die früheren Befunde beim Hemiballismus zumeist Erweichungs- bzw. Blutungsherde betreffen und allein von faseranatomischen Gesichtspunkten aus durchgeführt worden sind. Veränderungen des Corpus Luys bei der Lues sind bisher außer im Rahmen paralytischer Prozesse nicht beschrieben worden. Entgegen der Reiztheorie beweist diese Beobachtung, daß der Hemiballismus Ausfallssymptom darstellt, hervorgerufen durch die Zerstörung bzw. den Ganglienzelluntergang im Corpus Luys.

H. Pette, Hamburg-Eppendorf: Zur Physiologie und Pathophysiologie der vegetativen Regulationszentren im Hirnstamm.

Vortragender bespricht die verschiedenen Möglichkeiten der Erfassung physiologischer und pathophysiologischer Lebensvorgänge, um sich alsdann den hierfür in Frage kommenden klinischen Methoden zuzuwenden. An erster Stelle steht hierfür die sorgfältige Prüfung des Wasserhaushaltes unter normalen und künstlich geschaffenen Verhältnissen. Bericht über 2 Pat., die anschließend an einen Wasserversuch (1 Liter Tee) unter cerebralen Erscheinungen ad exitum kamen. Im ersten Falle handelt es sich um eine Erdheimsche Geschwulst, die den Boden des 3. Ventrikels von Grund auf zerstört hatte, im 2. Fall um einen Kleinhirnbrückenwinkeltumor, der infolge Ausbildung eines Hydrocephalus int. occl. die Wandung, vor allem den Boden des 3. Ventrikels bläschenförmig ausgestülpt hatte. Versuch einer Erklärung der pathophysiologischen Abläufe. (Ausführliche Mitteilung erfolgt an anderer Stelle.)

G. Bodechtel, Hamburg-Eppendorf: Zur Frage des vasalen Faktors beim Zustandekommen hirntraumatischer Schäden.

Vortragender untersuchte eine Reihe von Gehirnen, die von schweren tödlich ausgehenden Hirntraumen stammten. Er konnte dabei nicht nur im Ammonshorn, sondern auch in der Kleinhirnrinde charakteristische vasal bedingte Schäden, nämlich die sogenannten Strauchwerke *Spielmeyers* nachweisen. Bekanntlich sind aber wohl das Kleinhirn als auch das Ammonshorn gegen Zirkulationsstörungen sehr empfindlich. Vortragender erblickt in dem Vorkommen von Kleinhirnstrauchwerken beim Hirntrauma einen weiteren Beweis für die Bedeutung funktioneller Zirkulationsstörungen im Sinne *Rickers* beim Zustandekommen hirntraumatischer Schäden. — Außerdem werden zwei Fälle sogen. posttraumatischer Spätschäden beschrieben, die gleichfalls

Digitized by Google

ad exitum kamen, bei welchen nach einem zwei- bis dreitägigen freien Interwall sich eine zunehmende Bewußtseinsstörung mit schließlicher Atemlähmung einstellte. Bei der Untersuchung fanden sich im Marklager massenhaft Ringblutungen, also eine schwere Hirnpurpura. — In einem weiteren Falle, der 20 Tage nach einem Sturz vom Pferde nach freiem Interwall tot aufgefunden wurde, im übrigen aber völlig normale Organe bei der Sektion zeigte, fanden sich neben einer an und für sich belanglosen kleinen Fissur an der Schläfenschuppe lediglich bei den mikroskopischen Untersuchungen einwandfreie ischämische Zellerkrankungen in den Windungstälern verschiedener Hirnrindenstücke, die nach reiflicher Überlegung und Abwägung beim Fehlen anderer greifbarer Ursachen als Spätfolgen des Traumas aufgefaßt werden dürfen.

(Der Vortrag erscheint ausführlich in der Deutschen Zeitschr. für Nervenheilkunde 1936.)

Bingel-Hamburg-Eppendorf: Zur Klinik und Pathogenese von Blitzverletzungen.

Es wird über drei Fälle von Blitzverletzungen berichtet, die Sommer 1935 zur Beobachtung kamen. Ein 49-jähriger Fischer wurde auf der Elbe vom Blitz am Kopf und an der linken Hand getroffen. Nach Abklingen der akuten Erscheinungen verblieb lediglich eine im Laufe der Monate langsam zurückgehende Schwerhörigkeit, die als Folge eines akuten Liquordruckstoßes angesehen wurde; sonst bestanden intern und neurologisch keine Ausfälle. Im zweiten Fall wurde ein 28-jähriger Eilwagenführer in der Stadt von einem Blitz am rechten Arm getroffen; es entwickelte sich eine zunehmende Monoparese des rechten Armes mit gleichmäßigen, distalwärts stärker werdenden Muskelatrophien und Sensibilitätsstörungen, die weder peripheren noch segmentalen Innervationsgebieten entsprachen. Außerdem bestanden ausgesprochene vasomotorisch trophische Störungen an der rechten Hand. (Glossy skin, Knochenatrophie.) Das Krankheitsbild zeigte keine Rückbildungstendenz.

Der dritte Kranke, ein 52-jähriger Fischer, wurde in einer Schute auf der Elbe vom Blitze getroffen. Er erlitt ausgedehnte Verbrennungen am Rücken und war mehrere Tage benommen. Die bei ihm bestehende Schwerhörigkeit wurde von den Fachärzten als Zeichen einer allgemeinen Kreislaufschädigung angesehen. Auch bei diesem Kranken entwickelten sich im Laufe der Monate, sehr ähnlich wie bei dem vorhergehenden Falle, Muskelatrophien, sensible und vasomotorisch-trophische Störungen an beiden Armen, die nicht an einer Erkrankung im Bereich peripherer Nerven oder des Rückenmarks bedingt sein konnten; sie mußten vielmehr als Zeichen einer Störung auf dem Gebiete vegetativer Funktionen erklärt werden. Es ist anzunehmen, daß der elektrische Strom im menschlichen Körper in erster Linie das Gefäßsystem schädigt, weil es den besten Leiter darstellt. Durch die Läsion der Gefäßwandung erfolgt sehr wahrscheinlich eine Schädigung der in ihr befindlichen vegetativen Elemente; auf diese Weise wäre eine Erklärungsmöglichkeit für die klinischen Erscheinungen gegeben. Die beiden letzten Beobachtungen von Blitzverletzungen geben ein wichtiges Beispiel für die engen Wechselbeziehungen zwischen vegetativen und animalen Funktionen.

Digitized by Google

Jahresversammlung des Norddeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie am 12. Oktober 1935.

Anwesend: *Baum*-Königsberg, *Bostroem*-Königsberg, *Büsching*-Carlshof, *Bufe*-Allenberg, *Fahrenbruch*-Risenburg, *Fritze*-Königsberg, *Ganter*-Tapiau, *George*-Tapiau, *Goetze*-Allenberg, *Gramms*-Elbing, *Hauptmann*-Kortau, *Hempel*-Greifswald, *v. d. Heydt*-Königsberg, *Hoefer*-Königsberg, *Hoffmann*-Königsberg, *Jacob*-Königsberg, *Janz*-Königsberg, *Jonas*-Rastenburg, *Kessler*-Königsberg, *Krauspe*-Königsberg, *Künze*-Königsberg, *Kurrer*-Kortau, *Langen*-Königsberg, *Ludwig*-Risenburg, *Moser*-Königsberg, *Papke*-Königsberg, *Paul*-Königsberg, *Pisselhoy*-Tapiau, *Powels*-Kortau, *Rau*-Königsberg, *Saluesen*-Tapiau, *Sieberg*-Königsberg, *Schmidt*-Kortau, *Titius*-Allenberg, *Voss*-Königsberg, *Wiese*-Königsberg.

H. Baumm-Königsberg: Zur Frage der Lebensprognose von Spätzuständen traumatischer Hirnschädigungen.

Es wird über 51 Spättodesfälle von Kriegshirnverletzten berichtet mit folgendem Ergebnis:

Die Mehrzahl der bisher verstorbenen Kriegshirnverletzten ist an den Folgen ihrer Verwundung gestorben. Dies gilt aber nur von den Beschädigten mit traumatischen Hirnschädigungen im eigentlichen Sinne. Bei denjenigen Beschädigten, die Schädelverletzungen, Kommotionen oder sonstige Kopfverwundungen ohne Hinterbleiben einer dauernden traumatischen Hirnschädigung erlitten haben, ist ein Spättod an Folgen der Verletzung, mag diese auch schwer gewesen sein, im allgemeinen nicht zu erwarten.

Im großen ganzen nimmt die Wahrscheinlichkeit eines Spättodes an Traumafolgen bei den Hirnverletzten i. e. S. mit der Schwere der Beschädigung zu. Weiterhin scheinen in dieser Hinsicht Frontalhirnbeschädigte, traumatische Epileptiker, Träger von zentralen Geschoßsplittern, vielleicht auch Gewehrschußverletzte überdurchschnittlich gefährdet zu sein. Hieraus darf aber nicht gefolgert werden, daß nun alle Hirnverletzten der genannten Gruppen eine ungünstige Lebensprognose haben; denn die Ursachen des Spättodes der Hirnverletzten sind so komplexer Art, daß eine Verallgemeinerung von Einzelheiten nicht statthaft ist. Dies ist besonders wichtig zu betonen, um nicht unnötige Beunruhigung und unbegründete Befürchtungen in die Reihen der an sich schon schwer leidenden Hirnverletzten hineinzutragen.

Der größte Anteil von Todesfällen, die dem Hirntrauma zur Last zu legen sind, entfiel bisher auf die sog. Narbenspätkomplikationen. Gerade diese Todesfälle werden aber mit Zunahme der zeitlichen Entfernung von der Verwundung immer seltener. Die Lebensgefährdung der Kriegshirnverletzten durch Narbenspätkomplikationen ist daher heute bereits bedeutend geringer als in der ersten Nachkriegszeit. Bei den heute noch lebenden Kriegshirnverletzten ist ein lebensverkürzender Einfluß ihrer Kriegsverwundung in der Mehrzahl der Fälle nicht mehr zu befürchten.

Bostroem: Über einige Besonderheiten der manisch-depressiven Konstitution.

Unter den nichtkranken Angehörigen der manisch-depressiven Konstitution, den syntonen Persönlichkeiten, finden wir nicht selten körperlich und geistig wertvolle Menschen. Es handelt sich hier um eine Unterform dieses

Digitized by Google

Temperamentskreises, die am besten als synton-sthenisches Temperament bezeichnet wird. Diese Persönlichkeitsveranlagung zeigt sich gelegentlich in krankheitsmildernden Einflüssen, die sie auf andere Leiden ausübt. Am Beispiel der Paraphrenie und der Presbyophrenie wird kurz dargelegt, wie beim schizophrenen resp. senilen Krankheitsprozeß bei derart Veranlagten die Persönlichkeit besser erhalten bleibt. Wir können somit annehmen, daß eine derartige Persönlichkeitsartung unter Umständen einen Schutz gegen gewisse seelische Folgeerscheinungen einer Hirnerkrankung gewährt. Ein ähnlicher günstiger Einfluß kann auch bei der Paralyse beobachtet werden, ebenso auch bei Alkoholikern und bei Tabes, vielleicht auch bei der Tuberkulose. Auch Neurosen scheinen bei solchen Leuten, wenn sie überhaupt auftreten, sich in milderen Formen abzuspielen. An der Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Formenkreis kann bei diesen Persönlichkeiten kaum gezweifelt werden; es fragt sich aber, ob es sich hier etwa um eine besondere Unterform handelt, die unter Umständen auch erbbiologisch getrennt weitergegeben werden kann.

Hempel-Greifswald: »Das Liquorzellbild als differentialdiagnostisches Hilfsmittel bei Erkrankungen des Zentralnervensystems«.

An Hand einer Reihe zumeist farbiger Lichtbilder wurde auf die Auswertbarkeit des qualitativen Liquorzellbildes hingewiesen und dabei die Notwendigkeit betont, diese Untersuchungen von klinischen Gesichtspunkten aus zu betreiben, da überspannte Forderungen an histologische Ergebnisse weder der Methodik, noch der pathologischen Physiologie des betr. Organgebietes entsprechen und ein an sich nützliches und wertvolles Hilfsmittel der Diagnostik in Mißkredit bringen können. — Auf dem Gebiet der Neurolues wurde das Auftreten qualitativer Zellveränderungen (unter Umständen bei noch hochbleibender Zellkammerzahl!) nach Malariakur gezeigt, ferner die qualitative Zelluntersuchung als Entscheidungsmerkmal genannt zwischen Tabes mit Paralysekurve und Paralyse oder Taborparalyse. — Klinische Tumorsyndrome verschiedener Genese und eigentliche histologische Tumoren geben häufig einander ähnliche Bilder, deren Art mehr von der zytologischen Reaktion des Liquor-führenden Systems abhängt als unmittelbar von der histologischen Beschaffenheit des Prozesses; eigentliche Tumorzellen gibt es im Liquor nur in ganz seltenen Ausnahmefällen. — Die Meningitiden liefern — namentlich bei verlaufsmäßiger Beobachtung mittels häufig wiederholter Liquoruntersuchungen! — gute Überblicke über die möglichen Zellvorkommen und die zytologischen Reaktionsmöglichkeiten, sowie auch über den Zusammenhang zwischen Kolloidkurve und Zellart. Die »großen Mononukleären« (Klasmatozyten?) gehören meist mit der Paralysekurve zusammen. — Eine Ausnahme bilden zellreiche Formen der multiplen Sklerose. Auf diesem Gebiet ergibt sich auch aus der regelmäßigen qualitativen Zelluntersuchung an größerem Material die auch sonst schon geforderte Aufspaltung der mit »Multiple Sklerose« bezeichneten Krankheitsgruppe, bzw. die Annahme sehr voneinander verschiedener, Konstitutions-gebundener Einzelformen. Manche Fälle bilden zytologisch einen Übergang zu den eigentlichen Meningoenzephalitiden, wie sie auch mit anderer Genese in der letzten Zeit häufiger zu werden scheinen. — Bei zellarmen multiplen Sklerosen finden sich oft charakteristische granuläre Umwandlungen des Zellplasmas der

Digitized by Google

Liquorlymphozyten, wie sonst nur noch in den spät entnommenen Liquoren schwerer Commotiones und Contuisones cerebri. — Zum Schluß wurde noch auf die Möglichkeit eines neuen Weges für die Liquorzelluntersuchung hingewiesen, der in der Infrarotphotographie sich bietet.

v. d. Heydt-Königsberg: Epilepsie und Invalidität.

Die Untersuchungen haben ergeben, daß die Epileptiker relativ früh zur Invalidität kommen. Ihr durchschnittliches Invaliditätsalter betrug ca. 34 Jahre. Entgegen der allgemeinen Annahme wurden die invalidisierten Epileptiker verhältnismäßig alt; das Durchschnittssterbealter betrug ca. 56 Jahre. Es muß also versucht werden, das Invaliditätsalter durch Heilmaßnahmen sowie geeignete Außenfürsorge herabzusetzen.

Moser bespricht kurz das klinische Bild der supraselläre Tumoren und demonstriert einen 13jährigen Jungen mit supraselläre Tumor. Besonders bemerkenswert war, daß neben einer adipösen Dystrophie nicht ein Hypo- sondern ein Hypergenitalismus bestand, der im vorliegenden Falle wohl auf das Hypothalamusgebiet und nicht auf die Epophyse zu beziehen war.

Digitized by Google

Kleinere Mitteilungen.

Die Gesellschaft für The New York Hospital meldet, daß der Name des Bloomingdale Hospital at White Plains, New York geändert wurde in New York Hospital-Westchester Division. Die Änderung wurde vorgenommen um besser als bisher das Verhältnis des Hospitals zu genannter Gesellschaft, von der es seit seiner Gründung im Jahre 1821 geführt wurde, zum Ausdruck zu bringen. Ferner wird uns mitgeteilt, daß Dr. *Clarence O. Cheney* zum Direktor der Westchester Division ernannt wurde.

Personalnachrichten.

Verstorben:
Professor Dr. *Bouman*, Utrecht.
Sanitätsrat Dr. *Fraenkel*, Berlin-Lankwitz.
Dr. *Tremmel*, Heidelberg.
Oberarzt Dr. *Ernst Maschmeyer*, Langenhagen.
Professor Dr. *Hans König*, Bonn.
Professor Dr. *Wilhelm Strohmayer*, Jena.
Landesmedizinalrat i. R. Dr. *Lantzius-Beninga*, Wiesbaden.

Professor Dr. *Hugo Spatz*, München ist als Nachfolger von Professor Dr. *Oskar Vogt*, Direktor des Kaiser Wilhelm-Instituts für Hirnforschung in Berlin-Buch berufen worden.
Wegen Erreichung der Altersgrenze treten in den Ruhestand:
Professor *Vogt*, Berlin.
Professor Dr. *Gaupp*, Tübingen.
Sanitätsrat Dr. *Lehmann*, Brieg.

Privatdozent Dr. *Bürger-Prinz*, Leipzig übernimmt die Professur für Psychiatrie an der Universität Hamburg,
Professor Dr. *Mauz*-Marburg, Nervenklinik Gießen.
Professor Dr. *Hoffmann* in Gießen ist nach Tübingen berufen worden.
Med.-Rat Dr. *Pius Papst* wurde zum Direktor der Kreis-Heil- und Pflegeanstalt Werneck ernannt.
Dr. *Fr. W. Kroll*, Greifswald wurde zum Primärarzt der Nervenabteilung am St. Georgs-Krankenhaus in Breslau ernannt.

Digitized by Google

MEDICAL LIBRARY MAR 9 1937

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITWIRKUNG VON

BERZE-Wien, BLEULER-Zürich, BONHOEFFER-Berlin, FISCHER-Berlin-Dahlem, KLEIST-Frankfurt a. M.

DURCH

CARL SCHNEIDER
HEIDELBERG

OFFIZIELLES ORGAN DER
PSYCHIATRISCHEN ABTEILUNG DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE UND NEUROLOGIE

MIT BEILAGE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHISCHE HYGIENE

HUNDERTUNDFÜNFTER BAND
VIERTES BIS SECHTES HEFT
AUSGEGEBEN AM 8. FEBRUAR 1937

BERLIN UND LEIPZIG 1937
WALTER DE GRUYTER & CO.
VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG — J. GUTTENTAG, VERLAGS-BUCHHANDLUNG — GEORG REIMER — KARL J. TRÜBNER — VEIT & COMP.

Digitized by Google

Inhalt.

Die Annahme der Beiträge erfolgt zum ausschließlichen Abdruck im Sinne des § 42 Absatz 2 des Gesetzes betr. das Verlagsrecht.

4./6. Heft.

Originalien.

Klageerhebung im Residualwahn. Von Dr. *Hans Büssow* 113

Rasse und Körperbau bei 100 Schizophrenen aus Baden. Von *Olaf Frhr. v. Schwerin* 121

Pseudodemenz und ursprüngliche Persönlichkeit. Von *Leonhard Backmann* 130

Zur forensischen Bedeutung der perniziösen Anämie. Von *A. Langelüddeke* 147

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

2. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater in Frankfurt (23. 8. — 25. 8. 1936) 153

Kleinere Mitteilungen.

Personalnachrichten 237

Die „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie" mit der Beilage „Zeitschrift für psychische Hygiene" kann durch alle Buchhandlungen oder direkt vom Verlag bezogen werden. Preis für den Band im Umfang von etwa 36 Bogen Rm. 30.—. Jährlich erscheinen 3 Bände, deren Hefte in zwangloser Folge zur Ausgabe gelangen. Die Beilage „Zeitschrift für psychische Hygiene" erscheint 6 mal im Jahre. Der Literaturbericht wird jährlich mit besonderer Berechnung ausgegeben. Den Mitgliedern der psychiatrischen Abteilung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie, deren Bestellungen die Gesellschaft entgegennimmt, wird jeder Band der Zeitschrift mit der Beilage für Rm. 25.— geliefert.

Manuskripte sind an den Herausgeber Professor Dr. med. Carl Schneider in Heidelberg, Psychiatrische und Nervenklinik der Universität, Voßstraße; Bücher, Jahresberichte, Sonderabzüge usw. aus der Fachliteratur, deren Besprechung in dem einmal im Jahre erscheinenden Literaturbericht gewünscht wird, an Oberreg.-Med.-Rat Dr. Helmut Müller in Leipzig O 39, Anstalt Dösen, einzusenden.

Digitized by Google

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Leipzig.

Klageerhebung im Residualwahn.

Von

Dr. Hans Büssow.

.... X. Y., Gerichtsassessor, 34jährig, gilt als überdurchschnittlich befähigt, hat eine verantwortliche Stelle in einem großen staatlichen Betrieb inne. Von seinem praemorbiden Wesen wird lediglich ein gewisser Zug von ironischer Überlegenheit hervorgehoben.

Pat. hatte am 14. 12. 35 abends einige Glas Bier getrunken, war jedoch nicht betrunken gewesen, am folgenden Tage soll er an einer Sammelaktion der SA. teilgenommen haben, mit Kopfschmerzen nach Hause gekommen sein und sich in seinem Zimmer eingeschlossen haben. Am nächsten Morgen stand er nicht auf, er antwortete auf Klopfen seiner Wirtsleute verwirrt. Erst am 17. 12. kam er taumelnd aus seinem in völliger Unordnung befindlichen Zimmer und klagte über rasende Kopfschmerzen. Er wurde am gleichen Tage in die Medizinische Klinik eingeliefert.

Bei der Aufnahme war er ansprechbar und fixierbar, er klagte über Kopfschmerzen. Die neurologische Untersuchung ergab nichts Krankhaftes.

Der Liquor war stark blutig, nach Zentrifugieren noch xanthochrom.

Im Verlauf der nächsten Tage besserten sich die Kopfschmerzen erheblich, es bestanden subfebrile Temperaturen und deutliche Bradycardie.

Bei einer zweiten Punktion am 24. 12. war der Liquor klar, stark xanthochrom und wies eine starke Pleocytose auf, etwa 950 Lymphocyten im ccm.

Am 27. 12. 36 ist im Krankenblatt vermerkt, daß der Pat. verwirrt sei, erzählte, er habe am Vortage zuviel gearbeitet und dergl. Er sei aber meist völlig klar und mache einen psychopathischen Eindruck, auffällig sei seine Pedanterie.

Am 30. 12. fiel eine Abschwächung der rechten Bauchdeckenreflexe auf. Babinski und Rossolimo waren rechts positiv.

8. 1. 36. Der Patient, der in den letzten Tagen aufgestanden war, sinkt plötzlich mit dem Ausruf: »Nun habe ich meinen Kopfdruck wieder!« bewußtlos zusammen. Er wird sofort sehr unruhig,

Digitized by Google

wälzt sich hin und her, hält den ganzen Körper krampfhaft gestreckt. Einige Minuten später werden die rechten Gliedmaßen stark angezogen und gebeugt. Puls 40 pro Min. Sekundenweises Sistieren der Atmung, starkes Erbrechen. Beiderseits positiver Babinski.

Bei der Subokzipitalpunktion ist der Liquor wieder stark blutHaltig. — Subfebrile Temperatur.

In den nächsten Tagen schlief der Pat. viel, er reagierte nur schwach auf Anruf.

Als er am 16. 1. 36 etwas klarer wurde, fiel auf, daß er die ihm von früher her bekannten Personen nicht wieder erkannte.

27. 1. 36 wurde er wegen starker nächtlicher Unruhe mit der Diagnose »Subarachnoidale Spontanblutung« in die Nervenklinik verlegt.

Bei der Aufnahme war der Pat. völlig desorientiert. Er klagte über Kopfschmerzen, schlief aber sofort ein. In den späten Abendstunden begann er in delirante Unruhe zu geraten. Er stieg aus dem Bett, lief im Zimmer umher, durchwühlte die Nachttisch-Schubladen der anderen Kranken, brachte sein Bettzeug durcheinander, wehrte sich, als er ins Bett gebracht werden sollte.

Am nächsten Tage lag er ohne jede Initiative, meist schlafend im Bett. Auf Anruf reagierte er prompt. Während einer Exploration war er völlig passiv, er lag im Bett, ohne den Untersucher anzusehen, ging aber prompt auf alle Fragen ein. Er erwies sich als völlig desorientiert. Dabei war sein Gesichtsausdruck indifferent, ohne den Ausdruck von körperlichen Leiden oder Ratlosigkeit.

Bis Anfang März 1936 war der Zustand des Pat. unverändert. Er war jede Nacht schwer delirant, lief stundenlang auf dem Korridor herum, glaubte sich in den verschiedensten Situationen zu befinden, im fahrenden Zug, im Offizierskasino, in der Kaserne, er wühlte in seinem Bett, suchte seine Pantoffeln usw. Ängstliche Erlebnisse schien er nie zu haben.

Tagsüber war er nach wie vor völlig initiativelos, er saß mit leerem Gesichtsausdruck herum oder lief planlos auf dem Flur auf und ab, oder versuchte, mit allen durch den Saal gehenden Personen die Station zu verlassen; er wolle in sein Zimmer nach oben gehen oder mit den Herren Offizieren gemeinsam Mittag essen. Sehr häufig zog er sich mehrmals täglich aus und wieder an. Er begann auf entsprechende Anregung hin sehr reichlich zu konfabulieren.

In den ersten Märzwochen schlief er hin und wieder einige Nächte gut, in den übrigen war er teils noch ausgesprochen delirant und desorientiert, teils von einer leeren Unruhe, in der er dauernd aus dem Bett drängte, auf die Toilette lief oder den Pfleger um Zigaretten bat. Tagsüber war er ebenfalls etwas reger, konnte

Digitized by Google

sich mit den anderen Kranken unterhalten, wobei er oft witzig und von einer gewissen ironischen Schlagfertigkeit war. Dann wieder geriet er in leere, planlose Unruhe, wanderte auf dem Flur auf und ab, drängte zur Tür. Für sein Verhalten gab er die verschiedensten, wechselnden Motive an, z. B., er suche einen Rechtsanwalt, nebenan sei seine Wohnung usw. Er äußerte oft, der Pfleger X. sei sein SA.-Führer, der ihn auf dem Exerzierplatz tüchtig geschliffen habe.

Ende März hatte sich sein Zustand wesentlich gebessert. Er schlief regelmäßig gut. Sein Verhalten tagsüber war geordneter, seine Mimik belebter. Er konnte sich auf besondere Vorfälle der letzten Tage besinnen. Bei der experimentellen Prüfung der »Merkfähigkeit« leistet er überraschend Gutes, war aber im Gegensatz dazu räumlich noch immer so schlecht orientiert, daß er sich kaum auf der Station zurechtfand.

Er begann zeitweilig unruhig und etwas gereizt in eigenartig starrsinnig anmutender Weise auf Entlassung zu drängen.

Am 25. 3. 36 wurde er wesentlich gebessert entlassen.

Am 6. 5. 36 stellte er sich wieder vor, nachdem er einige Tage vorher seinen Dienst wieder aufgenommen und sich ohne Schwierigkeit in den Betrieb hineingefunden hatte. Er habe nur noch über Kopfschmerzen in der Scheitelgegend zu klagen. Aber anläßlich der Nachuntersuchung wolle er gleich noch eine Sache erledigen: Es sei ihm nämlich während seines Aufenthalts in der Klinik etwas weggenommen worden. Und zwar wisse er nicht, was ihm gestohlen sei, das sei das Peinliche. Er habe eine Menge kleiner Sachen mit einem Bindfaden zusammengebunden gehabt, es sei so eine Art Gitter dadurch entstanden, d. h. es seien zwei Gitter gewesen, weil alles so über Kreuz zusammengebunden gewesen sei.

Diese Sachen habe ihm der Pfleger X aus seinem Schrank genommen. Er habe ihn zur Rede gestellt und der Pfleger habe versprochen, alles wiederzugeben, habe es aber nicht getan.

Die Gegenstände seien etwa ein kleiner Rasierapparat gewesen, d. h., der sei nicht dabei gewesen, der befinde sich in seinem Besitz, aber so ähnliche Gegenstände seien es gewesen. Von den Sachen, die er in die Klinik mitgebracht habe und die im Sachenverzeichnis enthalten seien, vermisse er auch nichts, aber es sei ausgeschlossen, daß er sich alles nur einbilde.

Der Vorfall habe sich in den letzten 14 Tagen des Klinikaufenthaltes abgespielt. Er habe damals nur nicht davon gesprochen, »weil er keine Zeit dazu gefunden habe«. Als er heute den Pfleger gebeten habe, die Gegenstände herauszugeben, habe der sich dumm gestellt.

Bei einer Gegenüberstellung mit dem betr. Pfleger geriet Pat. in starke Erregung, er drohte mit einer Strafanzeige und Haussuchung, er werde die Sache nicht auf sich beruhen lassen, es sei

Digitized by Google

eine Unzahl von Sachen gewesen usw. Er zweifle nicht daran, daß der Pfleger verurteilt werden würde, obwohl er die Art der gestohlenen Gegenstände nicht angeben könne. Es war nicht zu erfahren, warum er gerade den einen Pfleger verdächtigte und auf welche Erlebnisse überhaupt er seinen Verdacht stützte.

Nachträglich gab der Pfleger an, daß Pat. schon bei der Entlassung nach einem »Gitter« gefragt habe, das ihm abhanden gekommen sei.

Am 11. 5. 36 erhob der Pat. tatsächlich Klage gegen den betreffenden Pfleger mit dem Antrage:

»den Beklagten kostenpflichtig und vorläufig vollstreckbar — notfalls gegen Sicherheitsleistung — zu verurteilen:

1. dem Kläger ein Verzeichnis der zusammengeschnürten Sachen vorzulegen, die der Beklagte dem Kläger im März 1936 in der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität aus dem Schranke weggenommen hat;

2. den Offenbarungseid dahin zu leisten, daß er nach bestem Wissen den Bestand so vollständig angegeben habe, als er dazu im Stande ist.

Begründung:

Der Kläger war von Mitte Dezember 1935 bis Ende März 1936 wegen einer schweren Gehirnerschütterung in Krankenhausbehandlung. In der Psychiatrischen und Nervenklinik hat er zwecks besserer Verpackung oder zum Zeitvertreib eine große Zahl ihm gehöriger kleiner Sachen zusammengeschnürt. Es ergaben sich dadurch zwei gitterartige Körper. Die beiden Gitter bewahrte er in dem ihm zugewiesenen Schrankfach auf.

Der Beklagte war der für den Kläger zuständige Pfleger in der Klinik. Im März 1936 hat der Beklagte die beiden Gitter des Klägers aus dem Schranke weggenommen und verweigert seitdem die Rückgabe.

Beweis: Eideszuschiebung.

Der Kläger will auf Herausgabe der Sachen die Klage erheben. Er ist dazu jedoch nicht imstande, weil er sich nicht mehr erinnert, welche Sachen in den Gittern ursprünglich enthalten waren. Das beruht auf der mit einer Gehirnerschütterung fast stets verbundenen Störung des Erinnerungsvermögens. Der Beklagte nutzt das auch aus, indem er auf die Herausgabeforderungen des Klägers stets antwortet, welche Sachen der Kläger denn eigentlich haben wolle, obgleich doch der Beklagte die Sachen selbst in Besitz hat.

Es ist daher die Klage auf Auskunft mit dem Antrage zu 1. geboten. Die Klage beruht auf § 260 BGB. und den von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen über Auskunftspflicht. Der Antrag zu 2. rechtfertigt sich nach § 260 Abs. 2. Der Beklagte hat sich die Gitter durch eine nach § 242 StGB. strafbare Handlung angeeignet. Es besteht daher ohne weiteres Grund zu der Annahme, daß er, um im Besitz eines Teiles der Sachen zu bleiben, das verlangte Verzeichnis nicht mit der erforderlichen Sorgfalt aufstellt.«

In der Angelegenheit fanden zwei Termine statt. Bei dem letzten war der Pat. selbst anwesend. Dem Pfleger fiel seine starke Erregtheit auf. Pat. beherrschte sich mühsam, schien dabei aber gleichzeitig auch etwas verlegen, jedenfalls begrüßte er den Pfleger

Digitized by Google

auffallend herzlich als seinen alten S. A.-Führer. Auf die wiederholten Einwände des Pflegers antwortete er stereotyp: »Das glaube ich Dir nicht.«

Kurz vor dem dritten Termin nahm der Pat. am 11. 7. 36 seine Klage mit der nachstehenden Begründung zurück:

»Nach dem Ergebnis des Termins vom 20. 6. 36 ist der Beklagte entschlossen, den ihm zugeschobenen Eid — ebenfalls in Form einer eidesstattlichen Versicherung — zu leisten. Nach der Überzeugung des Klägers würde es sich dabei um einen Falscheid handeln. Der Kläger wünscht jedoch nicht, daß in diesem Verfahren eine Eidesverletzung begangen wird, und will den Beklagten davor bewahren. Der Kläger hat sich deshalb entschlossen, die Klage zurückzunehmen, was hiermit geschieht.«

Am 2. 9. 36 stellte sich Pat. erneut vor. Er habe im Beruf keinerlei Schwierigkeiten gehabt und fülle seine alte Stellung vollkommen aus. Gedächnis und Merkfähigkeit seien völlig in Ordnung. Auch die Kopfschmerzen hätten seit einiger Zeit nachgelassen.

Es fand sich im Halteversuch ein leichtes Absinken des linken Armes, sonst war der körperliche Befund normal.

Das Einzige, was man bei dem Pat. als auffällig hätte bezeichnen können, war die ein wenig akzentlose Sprache, die korrekte und etwas umständliche Ausdrucksweise und die, seinem stark asthenischem Körperbau entsprechende eckige Motorik. Alles dies ging aber keinesfalls über das vielen gesunden Menschen eigene Verhalten hinaus.

Als jedoch am Ende einer längeren Unterhaltung das Gespräch auf den Prozeß gebracht wurde, stellte sich heraus, daß der Pat. keineswegs korrigiert hatte. Er schien mit der Erörterung des Themas gerechnet zu haben, denn er hatte seinen Schriftsatz, in dem er die Klage zurücknahm, mitgebracht. Er betonte, daß er nach wie vor davon überzeugt sei, daß ihn der betr. Pfleger bestohlen habe. Nur mit Rücksicht auf die Klinik habe er die Klage zurückgezogen.

Bei der Erörterung dieses Themas war dem Pat., der sich äußerlich tadellos beherrschte, eine starke innere Erregung deutlich anzumerken.

Eine ausführliche Besprechung der klinischen Seite des Falles wird sich angesichts der Eindeutigkeit von Symptomatologie und Verlauf erübrigen.

Es hat sich um eine mehrfach recidivierende sogenannte subarachnoideale Spontanblutung gehandelt. Auffällig ist lediglich die sehr lange, sich über Monate erstreckende Dauer des psychischen Folgezustandes der Erkrankung.

Den Anlaß zur Mitteilung des Falles gibt die Tatsache, daß

Digitized by Google

es auf Grund der dem deliranten und amnestischen Zustande folgenden residuären Wahnbildung zu wirklichen forensischen Weiterungen gekommen ist.

Soweit wir sehen, hat sich dies bei den bisher mitgeteilten Fällen von Residualwahn nicht ereignet. Theoretisch wird die Möglichkeit, daß es bei Alkoholdeliranten unter dem Einfluß nicht korrigierten Residualwahns zu falschen Anschuldigungen kommen könne, von *Pilcz*[1]) erörtert.

Im Gegensatz dazu wird von den meisten Autoren, die sich mit dem Residualwahn beschäftigt haben, gerade hervorgehoben, daß die Kranken wenig dazu neigen, die Konsequenzen aus ihren Wahnresten, die doch sehr häufig Beeinträchtigungsideen darstellen, zu ziehen.

Ein Versuch, das von dieser Regel abweichende Verhalten unseres Kranken auf Besonderheiten in der Genese und im Ablauf seines Wahns zurückzuführen, macht ein kurzes Eingehen auf die Entstehungsbedingungen des Residualwahns erforderlich, wie sie seit *Stertz* wohl allgemein angenommen werden.

Seit *Stertz*[2]) werden für den Residualwahn nach deliranten Zuständen vor allem folgende Momente verantwortlich gemacht:

1. Die anscheinend geringere Bewußtseinstrübung.
2. Das Auftreten von systematisierenden Ideen.
3. Der lytische Ausgang des Delirs.
4. Die mangelnde Initative und Energie zu kritischer Gedankentätigkeit als Teilerscheinung eines stuporösen oder euphorisch gefärbten Schwächezustandes.

Bei unserem Falle treffen die unter 1. und 3. genannten Vorbedingungen zu, wie ohne weiteres aus dem protrahierten Verlauf des Delirs, dem täglichen Wechsel zwischen völliger Bewußtseinsklarheit und deliranter Verwirrtheit hervorgeht.

Irgendwelche Ansätze zur Systematisierung der deliranten Erlebnisse haben wir dagegen während der akuten Zeit nie beobachtet. Dieser Systematisierung stand schon das ausgesprochen amnestische Bild entgegen, es fehlten außerdem fast völlig Äußerungen, die auf einzelne Beeinträchtigungserlebnisse irgendwelcher Art hätten schließen lassen. Auch die delirante Erregung hatte meist den Charakter des Leeren, war kaum jemals gereizt und nie ängstlich.

Das wesentlichste Moment für das Zustandekommen eines Residualwahns scheint uns der 4te der von *Stertz* angegebenen Punkte zu sein.

Der Schwächezustand mit mangelnder Initiative und Energie

---

[1]) In Handbuch der Ärztl. Sachverständigentätigkeit Bd. 9. S. 879ff.
[2]) Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie, Bd. 67, S. 540.

Digitized by Google

zu kritischer Gedankentätigkeit, den *Stertz* meint, trägt deutlich Züge des amnestischen Zustandes, wie ihn *Bürger-Prinz*[3]) beschrieben hat.

Es ist ohne weiteres klar, daß ein derartiger Zustand die Kranken hindert, aus ihrem Wahn weitgehende Konsequenzen zu ziehen, auch abgesehen davon, daß sie sich meist während der Zeit, wo der Wahn im Vordergrund des Bewußtseins steht, in Anstalten befinden. So kommt es, daß, wie die Literatur und unsere eigene Erfahrung lehrt, zwar in den ersten Tagen häufig mit gerichtlicher Verfolgung gedroht wird, daß aber eine spätere Klageerhebung ausbleibt.

Bei unserem Kranken mit dem ausgeprägten amnestischen Symptomenkomplex bestand der von *Stertz* beschriebene Zustand zweifellos zu der Zeit, da sich der Wahn bildete oder wenigstens erstmalig in Erscheinung trat.

Schwerlich läßt sich aber die Tatsache, daß der Wahn bis heute festgehalten wird und zeitweise zu durchaus zielbewußten Handlungen führte, mit dem Fortbestehen von Resten des amnestischen Zustandes erklären. Im Gegenteil, ohne die weitgehende Wiederherstellung der gesamten Persönlichkeit bei unkorrigiert weiterbestehendem Wahn wäre die Klageerhebung, wie uns scheint, nicht zustandegekommen. Zwischen der Gesamtpersönlichkeit unseres Kranken, wie sie sich uns augenblicklich darbietet, und seinem Wahn klafft ein Spalt, der mit Hilfe der bisher angeführten Vorstellungen nicht zu überbrücken ist.

Obwohl er durch seine verantwortliche Tätigkeit in einem differenzierten Beruf die schärfste Prüfung geistiger Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten bestanden hat, obwohl er bei der Nachuntersuchung auch vom Kenner seiner Krankengeschichte nicht mehr als auffällig bezeichnet werden konnte, hält er unbeeinflußbar an grotesk formulierten und außerdem eigenartig unanschaulichen Wahnvorstellungen fest.

Die Erklärung derartiger nichtkorrigierter residuärer Wahnideen bei sonst wieder völlig intakt erscheinenden Personen hat von jeher Schwierigkeiten bereitet. *Stertz* hält mit *Wernicke* eine paranoische Veranlagung in manchen Fällen für eine mögliche Ursache.

Bei unserem Kranken ist mit einer derartigen Erklärung wenig anzufangen. Vom primären paranoischen Wahn trennt ihn, genau so wie es *Wyrsch*[4]) bei zwei ähnlich gelagerten Fällen ausein-

[3]) Zeitschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie, Bd. 124, S. 553.

[4]) Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 103, S. 67; dort auch weitere Literaturangaben.

Digitized by Google

andersetzte, die Tatsache, daß er in einer durchaus einfühlbaren Weise auf seine Wahnvorstellung hin handelt. Der Wahn wird weder ausgebaut und zu einem wesentlichen Lebensinhalt ausgestaltet, noch wird er einfach abgespalten und unerledigt totgeschwiegen.

Wenn er sich jetzt zur Zurückziehung seiner Klage entschlossen hat, so handelt er auch in diesem Punkt völlig überlegt. Er scheint sich als Jurist von der Aussichtslosigkeit seines Vorgehens überzeugt zu haben, außerdem fühlen wir uns nicht berechtigt, die von ihm selbst angegebenen Motive in Zweifel zu ziehen.

Digitized by Google

Rasse und Körperbau bei 100 Schizophrenen aus Baden.

Von

Olaf Frh. v. Schwerin.

Die Frage der Beziehungen zwischen Rasse und Körperbau spielt schon lange eine große Rolle und hat zu heftigen Diskussionen in der Fachliteratur geführt. Der Streit drehte sich weniger um Untersuchungsbefunde oder für jeden einsichtige Tatsachen, sondern um die Abgrenzung der Begriffe Konstitution, Körperbau, Rasse. Das hat *Jankowski* in seiner Arbeit sehr deutlich gezeigt und die Wege zu einer Einigung gewiesen. Im Wesentlichen in Übereinstimmung mit seinen Ansichten stehen die kurzen und prägnanten Sätze, die *v. Eickstedt* in seiner Rassengeschichte für diese Probleme findet. Diesen Autoren schließe ich mich z. T. wörtlich an, wenn ich sage: Unter Konstitution versteht man schlechthin die gesamte ererbte Körperverfassung. Rasse und Körperbau sind Teilkonstitutionen, da sie nur eine begrenzte Anzahl erblicher Merkmale umfassen. Jene ist diesem, da sie mehr Merkmale umgreift, begrifflich übergeordnet. Die Körperbauanlage ist unter der Rasseanlage versteckt. Die Körperbautypen bilden einen Anteil der natürlichen Variabilität der Rassen, sie treten in jeder Rasse auf, jedoch in verschiedener prozentualer Verteilung. Diese nachzuweisen und in ihrer Größe festzulegen, muß die Aufgabe einer vergleichenden Rasse- und Körperbauuntersuchung sein.

So habe ich von den 329 Schizophrenen, die ich im Jahre 1934 in der Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen und der Psychiatrischen und Nervenklinik Freiburg auf das Vorhandensein dysrapischer Symptome untersuchte (Z. Neur. **156**, 107, 1936), 116 beliebige eingehender gemessen zur Feststellung der Verteilung von Rassen und Körperbautypen. Die Maße wurden in nachstehender Reihenfolge nach der *Martin*schen Technik abgenommen (außer den Breitenmaßen des Rumpfes, die nicht mit Stangenzirkel, sondern mit einem großen Tasterzirkel gemessen wurden).

Verlängerter Stangenzirkel:

Körperlänge (1)

Digitized by Google

Sternalhöhe (4)
Symphysenhöhe (6)

Errechnet: Rumpflänge (27)

Stangenzirkel:
Ganze Kopfhöhe (16)
Ohrhöhe des Kopfes (15)

Gleitzirkel:
Morpholog. Gesichtshöhe (18)
Höhe der Nase (21)
Breite der Nase (13)

Kleiner Tasterzirkel:
Jochbogenbreite (6)
größte Kopfbreite (3)
größte Kopflänge (1)

Bandmaß:
Horizontalumfang des Kopfes (45)
Brustumfang (61)
Hüftumfang (64)

Großer Tasterzirkel:
Schulterbreite (35)
Beckenbreite (40)

Augenfarbe nach *Martin*
Haarfarbe nach *Fischer*
Hautfarbe nach *Luschan.*

Sichtbare körperliche Anomalien wurden unter »Körperlicher Befund« notiert. (Die eingeklammerten Zahlen entsprechen der Numerierung von *Martin*.)

Aus den gewonnenen Maßen wurden verschiedene Indizes berechnet, mit deren Hilfe die Zuordnung der Individuen zu Rassen und Körperbautypen erfolgte. Ein gewisser Schematismus war dabei unvermeidlich.

Die Feststellung des Körperbautypus schließt mit Verwendung der folgenden Relationen eng an die Ergebnisse von *Plattner* an.

1. Plattner-Index: $\frac{\text{Symphysenhöhe} \times 100}{\text{Brustumfang} \times \text{Rumpflänge}}$

eurysom: $x - 1{,}89$
leptosom: $1{,}90 - x$

2.

	Brustumfang / Rumpflänge	Schulterbreite / Rumpflänge	Beckenbreite / Schulterbreite
Astheniker	163	73	78
Athleten	180	77	72
Pykniker	188	74	79

Digitized by Google

3. Schulterbreite in % des Brustumfanges.

Pykniker	unter 40
Astheniker, Athleten	über 40

Individuen, die mit sämtlichen Werten in den Bereich des gleichen Typus fielen, wurden als eindeutig diesem Typ zugewiesen. Wo die Abweichung auf ein bestimmtes Körpermaß zurückzuführen war, etwa zu große Rumpflänge bei sonst gleichsinnigem Verhalten der Umfänge und Breitenmaße, wurden die Patienten als vorwiegend einem Typus beigeordnet. Alle übrigen Individuen erhielten die Bezeichnung »Mischform«.

Zur Rassendiagnose dienten:

Augenfarbe,
Haarfarbe,
Körperlänge,
Längenbreitenindex des Kopfes,
Morphologischer Gesichtsindex,
Nasenindex.

Die Verwendung noch weiterer Merkmale würde zu einer differenzierteren Stufung der Zugehörigkeit zu einer Rasse — die bei einer vergleichenden Übersicht doch bloß wieder verwischt werden müßte — und zu einer Vermehrung der Mischtypen führen. Die rassische Zuordnung der einzelnen Werte geschah mit folgender Tabelle, die ich mir aus den von *v. Eickstedt* und *Saller* wiedergegebenen Zahlen zusammenstellte [1]).

Augenfarbe:	blau, hellgrau	nordisch, ostbaltisch
	dunkelgrau	nordisch, alpin
	grün	alpin, nordisch
	braun	alpin, dinarisch, mediterran
Haarfarbe:	hellblond, blond	nordisch, ostbaltisch
	hellbraun	alpin, dinarisch, nordisch

[1]) Wie *Plattner* die Rassen auf den Farben-, Maß- und Indexreihen abtrennt, konnte ich aus seiner Arbeit leider nicht mit Sicherheit entnehmen. Ausdrücke wie lang-schmal oder bräunlich sind für den, der die Arbeit vergleichsweise verwenden will, zu ungenau.

Digitized by Google

	dunkelbraun	alpin, dinarisch, mediterran
	schwarzbraun	mediterran, dinarisch
Körperlänge:	über 170 cm	dinarisch, nordisch
	unter 170 cm	alpin, mediterran, ostbaltisch
Kopfindex:	x — 80	nordisch, mediterran
	80—83	nordisch, ostbaltisch
	83—87	ostbaltisch, alpin, dinarisch
	87 — x	alpin, dinarisch
Gesichtsindex:	x—84	alpin
	84—87	ostbaltisch
	87—x	nordisch, dinarisch, mediterran
Nasenindex:	x—60	nordisch, mediterran
	60—63	nordisch
	62—x	alpin, dinarisch, ostisch

Individuen, die mit allen sechs Werten in den Bereich der gleichen Rasse fielen, wurden als reinrassig, die mit fünf und vier als vorwiegend dieser Rasse zugehörig bezeichnet. Alle übrigen ordnete ich als gemischtrassige ein.

Damit befinde ich mich in Gegensatz zu *Plattner*. Die Anwendung einer Trias scheint mir nicht vorteilhaft, da wir ja wissen, daß sich jedes Merkmal (d. h. die Anlage dazu) für sich allein vererben kann. Daß in einem runden, breiten Gesicht auch eine schmale, lange Nase stehen kann, wird von *Plattner* in der Aufstellung seiner Typen nicht erwähnt. Obwohl es bei seinen Schizophrenen auch vorkommt und für die Diagnostik nicht unwichtig bleibt, denn von

Digitized by Google

den fünf »vorwiegend reinrassigen nordischen Individuen des Typus 3 (typische Augen-, Haar(Haut)farbe, — bei charakteristischem Wuchs, wie später hinzugefügt wird —) sind vier gleichzeitig leptorrhin, würden also auch von mir als »vorwiegend nordisch« bezeichnet werden, während ich den 5. Fall: blond, blauäugig, 172 cm groß mit in die Breite gehenden Schädel, Gesicht und Nase, den »gemischtrassigen« einordnen müßte. Wenn *Plattner* mit der Formulierung »die Rassenmerkmale dürfen nur im Hinblick auf den charakteristischen Wuchs als rassentypisch erachtet werden«, der Körperlänge eine Sonderstellung gegenüber anderen Merkmalen einräumen will, kann ich ihm nicht beistimmen. Praktisch spielt die Körperlänge bei *Plattner* allerdings nicht diese Rolle, denn wie könnte sonst ein Individuum, das nur 161,6 cm groß, blond, blauäugig, dolichokephal, leptoprosop und leptorrhin ist, als »relativ reinrassig« einem »vorwiegend reinrassigen«: 175,1 cm, blond, blauäugig, leptoprosop, hyperleptorrhin, vorgezogen werden? Nach meiner Einteilung sind beide Individuen als gleichmäßig »vorwiegend nordisch« zu betrachten.

Aus dem Geschilderten mag hervorgehen, daß meine Einteilung etwas vorsichtiger vorgeht, als die von *Plattner* und somit meine Ergebnisse vielleicht eine größere Sicherheit beanspruchen dürfen. In allen Zweifelsfällen — z. B. ob ein brachykephaler Schädel dinarisch oder alpin sei — wurden die absoluten Maße zur Diagnose herangezogen. Die Hautfarbe ist nicht berücksichtigt, da ich unter sonst fahl- und karminweißen nur vier gelblichweiße und hellbräunliche fand, was z. T. auf die fehlende Berührung des Körpers der Schizophrenen mit Luft und Sonne zurückzuführen sein mag.

Die mit der beschriebenen Methode gewonnenen Ergebnisse lassen sich aus nachfolgender Übersicht entnehmen.

	Summe	lepto-som	vorw. lepto-som	athle-tisch	vorw. athle-tisch	pyk-nisch	vorw. pyk-nisch	Misch-formen
Summe	116	17	10	16	26	20	19	8
Nordisch	3	1				1	1	
Vorw. nordisch .	33	2	4	4	8	4	7	2
Alpin	3			2		1		
Vorw. alpin	20	5		2	3	6	2	
Mediterran	2		1				1	
Vorw. mediterran	2		1					1
Vorw. dinarisch .	6	1	1		1	2	1	
Ostbaltisch	3			2	1			
Vorw. ostbaltisch	5				2	1	1	1
Mischform	39	8	3	6	11	5	6	4

Digitized by Google

Daraus müßte man, um mit *Plattner* vergleichen zu können, die Werte folgendermaßen zusammenstellen:

		Gesamt	Leptosom	Athletisch	Pyknisch
Nordische Rasse	Plattner	14	6	5	2
	v. Schwerin	36	7	13	14
Alpine Rasse	Plattner	21	8	3	10
	v. Schwerin	23	5	8	10
Dinarische Rasse	Plattner	11	4	7	
	v. Schwerin	6	2	1	3

Die auffallenden Unterschiede der beiden Zahlenreihen mahnen den zur Vorsicht, der aus kleinem Material weittragende Schlüsse ziehen will. Es scheint an sich schon gewagt, mit der Tatsache, daß von 14 nordischen Individuen sechs asthenisch oder vorwiegend asthenisch sind, fünf dagegen athletisch und vorwiegend athletisch, zu dem Ergebnis zu kommen, »die Häufigkeitsbeziehung nordisch-asthenisch tritt deutlich hervor«. Umsomehr gewagt, wenn man berücksichtigt, daß die Verteilung der Astheniker auf die verschiedenen Rassengruppen in der *Plattner*schen Tabelle ungefähr der Häufigkeit der Individuen in den einzelnen Rassen parallel geht. Dem hätte ich noch mein Ergebnis entgegenzusetzen, aus dem man eher eine Häufigkeitsbeziehung nordisch-athletisch herauslesen könnte, wenn nicht wieder die Zahl der Athletiker nur unwesentlich über der nach der Häufigkeit der nordischen Individuen zu erwartenden läge.

Diese Widersprüche gestatten noch keineswegs den Schluß, daß es eine bestimmte prozentuale Verteilung der Körperbauformen auf die Rassen nicht gibt, sondern sie zeigen uns nur, daß für die Entscheidung dieser Fragen nur ganz große Zahlenreihen — die sich bei einheitlicher Untersuchungs- und Verarbeitungsmethodik auch aus mehreren kleinen zusammensetzen lassen — maßgebend sein können.

Zu einem analogen Ergebnis gelangt man, wenn man die bisherigen Untersuchungen zur Frage des Zusammenhangs zwischen Rasse und Krankheit betrachtet, die zum großen Teil gerade an Geisteskranken durchgeführt wurden. Die Ergebnisse sind wechselnd, was bei den kleinen Untersuchungsreihen und den verschiedenen Beurteilungsmethoden eben nichts besagt. *v. Rhoden* lehnt eine bestimmte Verteilung der Rassen auf die Körperbautypen ab. Dagegen stimmen meine Ergebnisse mit *Plattner* in der Bestätigung

Digitized by Google

von *Rittershaus* überein, wenn er sagt, daß in einem großenteils alpin besiedelten Gebiet die relativ hohe Zahl der nordischen und vorwiegend nordischen Rassezugehörigkeit überrascht.

Ein anderes Bild gewinnen wir bei Berücksichtigung der Fragestellung des Zusammenhangs zwischen Rassenmischung und Krankheit. Diese ist insbesondere dann berechtigt, wenn man das gemeinsame Auftreten der in einer Rassebeschreibung zusammengefaßten Merkmale nicht für willkürlich hält, sondern auf eine innersekretorische Harmonie zurückführt. Diese müßte bei einer Rassenmischung gestört sein. Die innersekretorische Störung läßt sich zur Ätiologie der meisten Krankheiten heranziehen. So sieht *Hildebrandt* den Zusammenhang, besonders bei den Geisteskrankheiten. Er schreibt, daß sich »das Mischlingsbild der Bevölkerung im Sinne der örtlichen Rassenmischung in den Irrenanstalten in vergröberter Form wiederfindet«. »In Emmendingen herrschen in den Mischungen die mir aus meiner Freiburger Dozentenzeit wohlbekannten »ostischen« Typen aus dem Schwarzwald vor«. Dieser Satz wird durch unsere genauere Analyse allerdings widerlegt, die neben 23 Alpinen 36 Nordische fand. Dagegen muß darauf hingewiesen werden, daß *Plattner* nur 8% und ich nur 11% Schizophrene als relativ reinrassig bezeichnen konnte. Ob diese Feststellung eine Bestätigung der *Hildebrandt*schen Ansicht bedeutet, läßt sich nur bei einem Vergleich mit der gesunden Bevölkerung zeigen. Das hierzu notwendige Material liegt leider noch nicht vor.

In Baden ist mir beim Vergleich mit den Ergebnissen von *Ammon* lediglich eine Gegenüberstellung der einzelnen Merkmale ihrer prozentualen Häufigkeit nach möglich.

Seiner Farbeneinteilung paßte ich die meinige nach der dort gegebenen Beschreibung in folgender Weise an:

Haarfarbe		Augenfarbe	
Ammon	Fischer Nr.	Ammon	Martin Nr.
Blond	8—20 22, 26	Blau	14—16
Braun	5—7	Grau	11—13
Schwarz	4, 27	Grün	7—10
Rot	1—3	Braun	1—6

(Sämtliche Werte in %, außer denen für die ergrauten Haare.)

Damit ergeben sich die Häufigkeitsverhältnisse, wie sie nach *Ammon* in der folgenden Tabelle aufgezählt sind.

Digitized by Google

	Ammon		Plattner v. Schwerin	Plattner[2])	Zbinden[3])	Schlaginhauten Kanton Zürich
	Gesamt Baden	Bezirke d. Schizophrenen				
Große 170 — x cm	23,5	20,9	34,4	24,0	29,5	
Kleine x — 160,9 cm	27,6	30,9	13,8	29,0	22,5	
Körperlänge (Mittelwert)	165,2	164,8	167,5	164,18	166,1	169,3
Langschädel x — 79,9	10,8	7,7	13,8	30,0[4])	41,9[4])	37,8
Kurzschädel 85,0 — x	40 3	45,9	38,8	19,0[5])	11,8[5])	19,7
Längenbreitenindex d. Kopfes (Mittelwert)	84,14	84,7	84,4	82,86	81,2	82,3
Augenfarbe						
Blau	41,3	40,9	19,8	27,0	25,1	29,3
Grau	23,2	23,2	23,3	26,0	} 47,9	} 35,7
Grün	22,9	24,0	31,9	21,0		
Braun	12,6	11,5	25,0	26,0	27,0	35,1
Haarfarbe[6]						
Blond	41,6	40,0	34,8	15,3	21,3	14,0
Braun	38,7	40,6	41,0	44,4	} 77,9	82,4
Schwarz	18,1	19,3	23,2	38,8		3,6
Rot	1,7	1,4	1,05	1,4	0,7	0,7
Ergraut	—	—	22	28	—	—

In Baden ist zunächst das Überwiegen der großen und langschädeligen Individuen bei den Schizophrenen auffällig. Daneben der Rückgang der blauen Augen zugunsten der braunen, sowie der Rückgang der blonden Haare zugunsten der braunen und schwarzen. Dies könnte bei Berücksichtigung der Rezessivität von Blau und Blond durch eine stärkere Vermischung der nordischen und alpinen Rasseelemente erklärt werden. Jenes durch die in den letzten Jahrzehnten allgemein beobachtete Zunahme der Körperlänge und Langschädeligkeit. Eine Entscheidung ließe sich nur beim Vergleich mit neueren Zahlen treffen. Wenn dabei ein Unter-

[2]) Diese Werte sind entnommen aus der Arbeit: Körperbau bei Schizophrenen. Archiv der Julius Klaus-Stiftung. Ergänzungsbd. zu VII, 1932.

[3]) Mehrere deutschschweizer Kantone.

[4]) Um die von 80,0—80,9 zu viel.

[5]) Um die von 85,0—85,9 zu wenig.

[6]) Die Zahlen von *Plattner* und *v. Schwerin* beziehen sich auf die Gesamtzahl der Nichtergrauten.

Digitized by Google

schied für die Schizophrenen gegenüber der Durchschnittsbevölkerung festgestellt würde, so dürfte aus ihm nur mit Vorsicht ein allgemeiner Schluß auf den Unterschied der rassischen Zusammensetzung bei Kranken und Gesunden gezogen werden, wie ein Vergleich mit den Werten von Plattner und der Schweiz lehrt.

Zum Schluß muß noch einmal gesagt werden, daß die Ergebnisse kleiner Untersuchungsreihen nur sehr bedingt zur Beurteilung der rassischen oder körperbaulichen Zusammensetzung einer größeren Gruppe verwendet werden dürfen. Als kasuistischer Beitrag ist ihre Veröffentlichung dagegen notwendig.

Zusammenfassung.

Es wird eine Methode beschrieben, mit der die Verteilung von Rasse und Körperbautypen bei 100 Schizophrenen aus Baden festgestellt wurde. Die damit gewonnenen Ergebnisse sind wiedergegeben. Ein Vergleich mit einer ähnlich gearteten Arbeit in der Schweiz (*Plattner*) mahnt dringend zur Vorsicht bei dem Versuch, aus den Befunden kleiner Untersuchungsreihen weitgehende Schlußfolgerungen zu ziehen.

Literatur.

Ammon, O. Zur Anthropologie der Badener. Jena 1899.
v. Eickstedt, E. Frh. Rassenkunde und Rassengeschichte der Menschheit. Stuttgart 1934.
Hildebrandt, W. Rassenmischung und Krankheit. Stuttgart 1935.
Jankowski, Anat. Anzeiger **70**, 470, 1930.
Plattner, W. Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie **99**, 410, 1933.
Rittershaus, Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie **84**, 1926.
v. Rhoden, Z. Neur. **98**, 255, 1925.
Saller, K. Leitfaden der Anthropologie. Berlin 1930.
Schlaginhaufen, O. Bulletin d. Schweiz. Gesellschaft f. Anthrop. u. Ethnol. 1926/27.
Zbinden, F. Beiträge zur Anthropologie d. Schweiz. Inaug.-Diss. Basel 1911.

Digitized by Google

Aus der Universitätsnervenklinik Gießen und Tübingen (Direktor: Prof. Dr. *H. F. Hoffmann*).

Pseudodemenz und ursprüngliche Persönlichkeit. [1])

Von

Leonhard Backmann.

In seinem Werk »Über irre Verbrecher« 1888 hat *Moeli* als erster mit Nachdruck auf ein bei Strafgefangenen beobachtetes Verhalten hingewiesen, welches darin besteht, daß ganz bekannte Dinge wie Alter, Geburtsstadt, Name der eigenen Kinder, Einmaleins, Münzenwerte usw. anscheinend nicht gewußt werden. *Moeli* schreibt in seinem Buch: »Neben dem Vorbringen positiver Unwahrheiten über das Vorleben wird sehr häufig ein scheinbares Vergessen ganz bekannter Dinge, des Alters, des Einmaleins, eine Unkenntnis von Münzen etc. beobachtet. Die Antwort ist zwar falsch, steht aber doch dem Sinn nach in Beziehung zu der Frage und zeigt, daß der Kreis der richtigen Vorstellung berührt ist. Ein Taler z. B. ist »eine Mark«, eine Briefmarke »Papier« und ähnliches. Dieser Ausfall einfachster Denk- und Erinnerungstätigkeit bei einem sonst geordneten Verhalten veranlaßt naturgemäß den Verdacht einer Simulation«. *Moeli* führt dann weiter aus, daß ein solches Benehmen zwar auf Vorspiegelung von Schwachsinn berechnet sein kann, daß es jedoch gar nicht selten als krankhaft zu betrachten ist und somit an sich noch keineswegs die Annahme bewußter Unwahrheit — also in diesem Falle Simulation — begründet.

In der Folge teilten auch andere Autoren ihre Beobachtungen auf diesem Gebiete mit. *Ganser* war es, der auf ein eigentümliches Krankheitsbild hinwies, das er ebenfalls bei Strafgefangenen gesehen hatte und »einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand« nannte, ein Krankheitsbild, bei dem das oben genannte Symptom im Vordergrund steht. Der Forscher skizziert an Hand von 4 Fällen die beobachteten Zustandsbilder, die er als einheitliche Gruppe aufgefaßt wissen will, und sagt wörtlich: »Die auffälligste Erscheinung, welche sie (die Kranken) darboten, bestand darin, daß sie Fragen allereinfachster Art, die ihnen vorgelegt wurden, nicht richtig zu beantworten vermochten, obwohl sie durch die Art ihrer Antworten kund taten, daß sie den Sinn der Fragen ziemlich erfaßt hatten, und

[1]) Dissertation, Veröffentlichung in dieser Zeitschrift genehmigt von der Medizinischen Fakultät der Hess. Landes-Universität, Gießen.

Digitized by Google

daß sie in ihren Antworten eine geradezu verblüffende Unkenntnis und einen überraschenden Ausfall von Kenntnissen verrieten, die sie ganz bestimmt besessen hatten oder noch besaßen«. Damit war die Definition des Symptoms der falschen, unsinnigen Antworten, des Vorbeiredens gegeben, von *Ganser* vielleicht erschöpfender als von *Moeli*, aber von beiden Autoren in ähnlicher Weise.

Als Nachwirkungen der *Ganser*schen Veröffentlichung sah man in den folgenden Jahren das Symptom meist nur bei Kriminellen und zwar im wesentlichen als Teilerscheinung von hysterischen Dämmerzuständen (*Lücke*) oder von hysterischen Stuporzuständen (*Raecke*), bis *Henneberg* dann an Hand von zahlreichen Fällen zeigen konnte, daß dieses »Vorbeireden« auch bei einfacher Hysterie, besonders bei der Unfallhysterie in Erscheinung trat. In dem Streit zwischen *Ganser* und *Raecke* einerseits, die das Symptom für einen Ausfluß der Hysterie hielten, und *Nissl* andererseits, der glaubte, darin »eine eigenartige Äußerung des katatonischen Negativismus« zu sehen, wurde durch *Westphal* eine Verständigung angebahnt. *Westphal* kommt an Hand von 4 Fällen zu dem Schluß, daß das Symptom des Vorbeiredens kein eindeutiges ist, daß es vielmehr in sehr ausgesprochener Weise bei verschiedenartigen psychischen Störungen, wie der Hysterie und der Dementia praecox vorkommt [2]).

Auch *Hey* stellte in seinen Schlußfolgerungen zunächst fest, daß es im Hinblick auf das Vorkommen des *Ganser*schen Symptoms bei verschiedenen Psychosen nicht angeht, dasselbe als ein einheitliches aufzufassen, dann ferner, daß dieses Symptom sich sowohl bei forensen (Kriminellen und Traumatikern) als auch bei nichtforensen Kranken findet. Derselbe Autor erweiterte den Begriff des Vorbeiredens, indem er neben den unsinnigen Antworten auch das Nichtwissenwollen hinzurechnete. *Henneberg* sonderte die »unsinnigen und inadäquaten« Antworten der Katatoniker ab und forderte für das eigentliche *Ganser*sche Symptom »nahe Beziehung zur Fragestellung und zur richtigen Antwort«. Er empfahl, bei der Prüfung auf das *Ganser*sche Symptom Vorsicht walten zu lassen, da man sonst Gefahr laufe, durch die betreffenden Fragen dem Exploranden Simulation oder Aggravation nahezulegen oder eine unzweckmäßige Suggestion bei dem Kranken auszuüben. Später veröffentlichte *Stertz* aus der Breslauer Klinik eine Reihe einschlägiger Fälle, die er unter dem Namen »Pseudodemenz« zusammenfaßte [3]). *Schuppius* befaßte sich unter Veröffentlichung mehrerer Fälle aus

[2]) Es handelt sich um 2 Fälle von Hysterie und 2 Fälle von Dementia praecox. (Fall 25 bis 28 der Tabelle 1.)

[3]) Die Bezeichnung Pseudodemenz wurde erstmalig von *Wernicke* in diesem Sinne gebraucht.

Digitized by Google

derselben Klinik eingehend mit dem Symptomenbild der Pseudodemenz und seiner Bedeutung für die Begutachtungspraxis[4]). In der Folgezeit wurden die Arbeiten auf diesem Gebiete merklich seltener, ja, man darf wohl mit Recht sagen, daß es in den letzten $1^1/_2$ Jahrzehnten sehr ruhig geworden ist um die Pseudodemenz. Und doch ist das Wesen dieses Symptoms noch keineswegs vollkommen geklärt und aufgedeckt, sodaß es sich immerhin lohnen mag, von bestimmten Gesichtspunkten aus eine weitere Erforschung dieser zweifellos praktisch bedeutungsvollen und wissenschaftlich interessanten psychischen Störung zu versuchen.

Über den psychologischen Mechanismus des Zustandekommens der Pseudodemenz sind manche geistreiche Erklärungsversuche veröffentlicht worden, auf die ich an dieser Stelle im einzelnen nicht näher eingehen kann[5]). Ich bin in der Erforschung der ursächlichen Momente auf die frühere Persönlichkeit der Pseudodementen zurückgegangen und habe den Versuch gemacht, einmal den Mutterboden, aus dem die Pseudodemenz hervorsprießt, etwas genauer zu analysieren, das psychische Substrat zu untersuchen, das diesem Symptom in den Einzelfällen zu Grunde liegt. An Hinweisen für eine solche Betrachtungsweise fehlt es in der Literatur nicht[6]). Ganz allgemein wird in den einschlägigen Arbeiten immer wieder betont, daß für die Entwicklung einer Pseudodemenz keineswegs ausschließlich die Begehrungsvorstellungen maßgebend sein können, sondern daß tiefere Mechanismen diesem Symptom zu Grunde liegen müssen, wenn es auch im Einzelfall nicht immer gelingt, die verborgenen Grundlagen des gegebenen Zustandsbildes klar zu eruieren. Es wird von einer psychopathisch-degenerativen Konstitution gesprochen als Grundlage, auf der sich diese Reaktion entwickeln soll[7]). Namhafte Forscher haben an Hand von Fällen gezeigt, wie häufig bei Pseudodementen schwere Degenerationszeichen wie Trunksucht, moralische und intellektuelle Minderwertigkeit, Epilepsie und andere Geisteskrankheiten in Erscheinung treten, und auf die engen Zusammenhänge aufmerksam gemacht, die bestehen zwischen Rentenneurose und Hysterie einerseits und Pseudodemenz andererseits[8]).

---

[4]) Sehr beachtlich sind die hier eingeflochtenen Ausführungen über die Ätiologie der Pseudodemenz.

[5]) *Schuppius* (l. c.) u. a.

[6]) So sagte schon *Hey* (l. c.): Im ganzen wird die Ätiologie dort zu finden sein, wo wir sie in erster Linie auch für die Psychosen überhaupt suchen, in der hereditären Belastung und in der Degeneration mit ihren Defektzuständen in der intellektuellen und moralischen Sphäre.

[7]) *Bieling* u. a.

[8]) Insbesondere verweise ich auf die Veröffentlichungen von *Flatau* und *Stertz* (l. c.). Siehe hierzu auch *Schuppius* (l. c.).

Digitized by Google

Um bei meinen Nachforschungen über die ursprüngliche Persönlichkeit möglichst genaue Ergebnisse zu bekommen, habe ich neben 71 Fällen, die in der Literatur als zweifelsfreie Pseudodemenz veröffentlicht worden sind, noch 10 bisher unveröffentlichte Fälle von Scheinblödsinn aus der Gießener Klinik für diese Arbeit ausgewertet. Auch bei diesen letzteren war die Diagnose in jedem Fall einwandfrei gesichert; mehrere dieser Fälle habe ich persönlich beobachten können.

Bei den aus der Literatur genommenen Fällen handelt es sich naturgemäß um Material, das mir abgeschlossen vorlag. Der große Nachteil für eine wissenschaftliche Bearbeitung bestand darin, daß ich die aus den verschiedensten Motiven beschriebenen Krankheitsbilder für den speziellen Zweck dieser Abhandlung nicht weiter erforschen konnte. In vielen Veröffentlichungen war zwar die frühere Persönlichkeit der Kranken erschöpfend dargestellt; aber in nicht wenigen Fällen ließen nur einige diesbezügliche Hinweise oder die eine oder andere familienanamnestische Angabe ein weniger scharf umrissenes Bild der praemorbiden Persönlichkeit erkennen. Immerhin konnte man sich in den allermeisten Fällen ein einigermaßen fundiertes Urteil über die einzelnen Rubrikaten bilden, und so, Fall an Fall gereiht, einen allgemeinen Einblick in die ursprüngliche Persönlichkeit der Pseudodementen gewinnen. In 4 der aufgeführten Fälle war außer der Berufsangabe über die frühere Persönlichkeit nichts mitgeteilt.

Fangen wir mit der erblichen Belastung an, so fanden sich in den Familienanamnesen mancherlei Belege für eine gewisse hereditäre Degeneration. In 8 Fällen hatte einer der Vorfahren an schwerer Geisteskrankheit gelitten; in 5 Fällen bestanden in der Familie Nervenkrankheiten und nervöse Störungen, und 6mal war in der Aszendenz eine ausgeprägte Psychopathie nachweisbar. Von moralischer und geistiger Minderwertigkeit der Eltern war jeweils in 2 Fällen die Rede. Bei weiteren 4 Kranken bestanden neben einer Geisteskrankheit noch andere Degenerationsmerkmale in der Familie, wie Psychopathie, moralische und intellektuelle Minderwertigkeit. Einmal waren familienanamnestisch nervöse Störungen und Psychopathie angegeben. Ein besonders eindrucksvolles Bild von erblicher Belastung bei Pseudodemenz führt uns *Riklin* mit seinem ersten Fall vor Augen: Großvater, Vater und eine Schwester des Kranken litten an transitorischen Bewußtseinstrübungen; eine Schwester war als Kind längere Zeit hindurch geistesgestört; eine weitere Schwester verbrachte 4 Wochen in einer Irrenanstalt; ein Onkel und ein geisteskranker Vetter endeten durch Suizid; eine Cousine wurde schon in jungen Jahren geisteskrank[9]). In 28

[9]) Diesen anamnestischen Angaben ist um so mehr Beachtung zu schenken, als es sich hier um eine Pseudodemenz handelt, die geradezu als Schul-

Digitized by Google

Fällen von der Gesamtheit war erbliche Belastung festzustellen. Von den übrigen 43 Fällen wurde diese bei einem verschwindend kleinen Teil ausdrücklich verneint; meist jedoch waren keinerlei familienanamnestische Angaben gemacht.

Schauen wir uns nun die Persönlichkeit der Pseudodementen an, wie sie vor der Erkrankung in Erscheinung trat, so fällt uns die überraschende Fülle von abnormer Veranlagung, von psychischen Defektzuständen und sonstigen Minderwertigkeitssymptomen geradezu auf.

Am häufigsten fanden sich Anzeichen für Hysterie, teils als hysterische Anfälle, teils als sonstige hysterische Erscheinungen, im ganzen 43mal, und zwar ausnahmslos in Kombination mit anderen psychischen Abnormitäten und Degenerationserscheinungen. Nächst der Hysterie ist die Psychopathie vorherrschend. Von den 71 Pseudodementen waren nicht weniger als 24 vor ihrer Erkrankung als schwere Psychopathen bekannt. Nur in einem einzigen Fall bestand die Psychopathie für sich allein; meist fand sich daneben noch Hysterie, geistige Beschränktheit oder moralische Minderwertigkeit; ganz vereinzelt waren psychopathische Erscheinungsformen auch mit Trunksucht kombiniert. Moralische Minderwertigkeit und geistige Beschränktheit kamen ungefähr mit der gleichen Häufigkeit vor (24- bzw. 21mal). In etwa $^1/_3$ der Fälle traten diese Defekte gemeinsam auf, im übrigen allein oder in Verbindung mit sonstigen Abnormitäten. Aus dem häufigen Vorkommen von moralischer Minderwertigkeit ist wohl auch der relativ hohe Prozentsatz von Kriminalität bei diesen Fällen erklärlich[10]). Manche dieser Kriminellen waren sehr häufig, einer sogar 30mal wegen der verschiedensten Delikte vorbestraft. Alkoholabusus ist in 10 Fällen angegeben; immer bestanden daneben noch andere Abweichungen. Noch seltener fanden sich Krampfanfälle, wohl meist epileptischer Natur, gelegentlich in Verbindung mit anderen Erscheinungsformen der Epilepsie. Persönlichkeiten, von denen ausdrücklich erwähnt ist, daß sie sich bis zum Auftreten der Pseudodemenz vollkommen unauffällig und normal verhalten haben, fanden sich unter den 71 Fällen nur 4. Bei diesen 4 Fällen war auch von erblicher Belastung nichts erwähnt.

Werfen wir nun abschließend noch einen Blick auf die soziale und berufliche Stellung unserer Patienten, so zeigt es sich, daß wir es durchweg mit Menschen zu tun haben, die infolge ihrer

beispiel anzusprechen ist. *Riklin* beschreibt den Fall als hysterischen Dämmerzustand mit *Ganser*schem Symptom, und betont ausdrücklich, daß weder die Eigenanamnese noch auch die Untersuchungen irgendwelche Anhaltspunkte für Katatonie resp. Dementia praecox ergaben.

[10]) Siehe Tabelle 1.

Digitized by Google

krankhaften Konstitution im Kampf ums Dasein irgendwie gehemmt, meist nicht die Schwungkraft hatten, sich auf dem Niveau ihres angeborenen Milieus zu halten, bzw. sich darüber zu erheben, und so größtenteils den unteren Volksschichten angehören. Bei der Gesamtzahl unserer Fälle befand sich nicht ein Beamter. Der einzige Akademiker, ein Rechtsstudent, soll bereits mit 16 Jahren in seiner geistigen Regsamkeit nachgelassen haben und später in Katatonie verfallen sein. Das weitaus größte Kontingent unserer Fälle stellten Arbeiter und Arbeiterfrauen. In 5 Fällen war der Beruf aus den Aufzeichnungen im Krankenblatt nicht ersichtlich.

Einen Gesamtüberblick über die psychischen Defekte der ursprünglichen Persönlichkeit bei den einzelnen Fällen, insbesondere über die Kombination der psychischen Abnormitäten miteinander und mit erblicher Belastung gewährt die folgende Tabelle.

Tabelle 1.

Fall	Beruf	Belastung in der Familie	Psychische Abnormitäten bei den Patienten: Epilepsie	Hysterie	Psychopathie	Geistige Beschränkth.	Moral. Minderwertigk.	Trunksucht	Norm. Persönlichkeit	
1	Mädchen			+						
2	Knabe			+						
3	Musikerin				+			+		
4	Arbeiter	+	+							
5	Soldat	+	+	+	+	+	+			Kriminalität
6	Dienstmädchen	+		+			+			,,
7	Arbeiter								+	Schädeltrau.
8	Kesselschmied	+	+					+		
9	Landwirt			+						
10	Kaufmann				+	+				
11	?			+						
12	?			+						
13	?			+						
14	?			+						
15	Näherin	+		+	+					
16	Musiker	+	+	+	+					Kriminalität
17	Zuschläger	+		+		+	+			,,
18	Kaufmann	+		+	+					,,
19	Schreiner	+		+	+	+	+			,,
20	Invalide			+		+	+			Rentenkampf
21	?	+		+	+		+			Kriminalität
22	Schlosser	keinerlei Angaben								

Digitized by Google

Fall	Beruf	Belastung in der Familie	Psychische Abnormitäten bei den Patienten: Epilepsie	Hysterie	Psychopathie	Geistige Beschränkth.	Moral. Minderwertigk.	Trunksucht	Norm. Persönlichkeit	
23	Handlanger								+	
24	Arbeiter			+						
25	Ehefrau			+						
26	Schiffsbauer			+						Rentenkampf
27	Ehefrau					+				
28	Knecht					+				
29	Wächter				+		+	+		Kriminalität
30	Maurer			+	+		+			,,
31	Fuhrhalter	++			+	+				Kriminalität
32	Ehefrau	+		+		+				
33	,,			+						
34	Krankenschw.			+						
35	Arbeiter	+	+	+						
36	,,			+			+	+		Kriminalität
37	Hausdiener	+	+	+		+		+		
38	Kellnersfrau		+					+		
39	Ehefrau			+			+			Kriminalität
40	Krankenschw.	+		+			+			
41	Ehefrau			+			+			Kriminalität
42	Arbeiter				+		+	+		,,
43	Arbeiter						+			,,
44	Ehefrau			+	+					
45	Näherin	+				+				
46	Kutscher	+			+	+	+			Kriminalität
47	Ehefrau	+		+	+	+				
48	Glaser				+		+	+		
49	Häusler				+					Rentenkampf
50	Arbeiter					+				,,
51	Monteur								+	,,
52	Heizer	+								,,
53	Arbeiter	keinerlei Angaben								,,
54	Verwalter	keinerlei Angaben								
55	Arbeiter	keinerlei Angaben								
56	Fischhändlerin			+	+		+			Kriminalität
57	Lackierer	+			+		+			,,
58	Bergmannsfrau	+				+	+			,,
59	Hausiererin	+		+		+				
60	Gastwirtsfrau								+	Schwangersch.
61	Heizer			+	+		+	+		Kriminalität
62	Mechaniker	+		+	+	+				,,
63	Korbmacher			+			+			,,

Digitized by Google

Fall	Beruf	Belastung in der Familie	Psychische Abnormitäten bei den Patienten: Epilepsie	Hysterie	Psychopathie	Geistige Beschränkth.	Moral. Minderwertigk.	Trunksucht	Norm. Persönlichkeit	
64	Schreiner	+		+	+	+				Kriminalität
65	Kellnerin	+		+		+	+			„
66	Stud. jur.	+		+	+	+				
67	Goldarbeiter						+			Kriminalität
68	Dienstmädchen			+						
69	Verkäuferin	+		+						
70	Schneider	+		+	+	+	+	+		
71	Arbeiterin			+						
		28	7	43	24	21	24	10	4	

Als Ergänzung und zum Vergleich dieser aus der Literatur gewonnenen Ergebnisse habe ich 10 Fälle von Pseudodemenz aus der Gießener Klinik auf frühere Persönlichkeit und erbliche Belastung hin untersucht. In jedem Fall wurden unter Benutzung eines ausführlichen Fragebogens bei Behörden und Privatpersonen eingehende Ermittlungen über den betreffenden Kranken angestellt, um so durch Angaben aus verschiedenen Quellen ein möglichst wahrheitsgetreues Bild der ursprünglichen Persönlichkeit zu gewinnen. Dabei war ich mir wohl bewußt, daß die Aussagen der Beurteiler bei der gegebenen Sachlage in vielen Fällen nur zu leicht von »Liebe oder Haß gesteuert« sein würden. Um nun gerade diese Fehlerquelle nach Möglichkeit abzuschwächen, verzichtete ich von vornherein darauf, bei den nächsten Angehörigen Erkundigungen einzuziehen. Als typischen Beleg für die große Gefahr der absichtlichen oder unbewußten Irreführung durch Verwandte möchte ich hier eine Erfahrung mitteilen, die ich bei unserem Fall 8 machte: Die Ehefrau des Patienten, die ihren Mann nach der Unfallbegutachtung bei uns abholte, gab an, der Verletzte habe in der Schule sehr gut gelernt und sei auch später stets ein anstelliger, intelligenter und durchaus tüchtiger Mensch gewesen. Erst nach dem Unfall seien die jetzt bestehenden psychischen Veränderungen aufgetreten. In der Familie ihres Mannes sei von Auffälligkeiten und Abnormitäten nichts bekannt. Nähere Erkundigungen meinerseits in der oben angeführten Weise ergaben dann, daß die Eltern des Patienten blutsverwandt waren, der Vater ein schwerer Psychopath und ein etwa $1^1/_2$ Jahre älterer Bruder ausgesprochen schwachsinnig war. Der Patient selbst war den An-

Digitized by Google

forderungen der Volksschule in keiner Weise gewachsen gewesen. Aufmerksamkeit, Fleiß und Leistungen waren laut Schulzeugnis mangelhaft; im ganzen war er 5mal sitzen geblieben.

Unter Vermeidung derartiger Unrichtigkeiten ergaben die angestellten Nachforschungen bei unseren 10 Fällen folgendes Resultat:

In der Hälfte der Fälle war eine erbliche Belastung zweifelsfrei festzustellen. Es handelte sich hier um geistige Beschränktheit (Fall 5 und 8), um Epilepsie (Fall 6 und 10) und um Psychopathie mit Trunksucht (Fall 9). Im Fall 5 konnte der Vater des im Jahre 1892 geborenen Patienten nicht seinen Namen schreiben. Laut Mitteilung des zuständigen Standesamtes ist die Geburtsanzeige des Rubrikaten wegen Schreibensunkunde des Vaters mit dem Handzeichen versehen. Ferner soll die ganze Verwandtschaft dieses Patienten wenig begabt, teilweise sogar sehr beschränkt sein. In dem oben bereits erwähnten Fall 8 waren die Eltern blutsverwandt, ein Bruder schwachsinnig, die übrigen Geschwister wenig intelligent. Von den beiden Fällen, in denen familienanamnestisch eine Epilepsie gefunden wurde, traten die epileptischen Anfälle in dem einen Fall bei einer Tochter des Pseudodementen (Fall 6), im anderen bei der Mutter des Kranken (Fall 10) auf. Sehr schwer belastet war die Familie der 31jährigen Ehefrau G. (Fall 9). Der Vater der Patientin, ein schwerer Trinker, starb an Tuberkulose. Die Mutter war immer kränklich und nervös. Eine Schwester, Psychopathin und »nervenschwach«, regte sich bei jeder Kleinigkeit maßlos auf. Eine weitere Schwester lebte in unglücklicher Ehe, war affektlabil und herzleidend; deren Kinder waren kränklich und schwach. Ein Bruder litt ständig an Kopfweh, hatte eine stark hypochondrische Einstellung und ein unstetes Wesen.

Analysieren wir nun die ursprüngliche Persönlichkeit unserer Patienten, soweit mir dieselbe aus Krankengeschichten, Berichten und eigener Beobachtung zugänglich war, so finden wir, daß wir es in keinem einzigen Fall mit einem einwandfreien psychischen Verhalten zu tun haben. Bei sämtlichen Kranken traten schon vor dem pseudodementen Zustandsbild psychische Defekte mehr oder weniger stark ausgeprägt in Erscheinung.

Am häufigsten war eine Psychopathie im Vorleben festzustellen und diese dann meistens in Verbindung mit hysterischen Erscheinungen oder mit geistiger Beschränktheit [11]). So wurde ein Patient als ein wenig widerstandsfähiger, in schwierigen Situationen leicht verzagter Mensch geschildert (Fall 1). Ein anderer war zurückgezogen und verschlossen, schwermütig, reizbar und leicht

[11]) Eine kurze Übersicht der Kombination verschiedener psychischer Defektzustände bei den einzelnen Patienten bringt die beigefügte Tabelle 2.

Digitized by Google

heftig, ein schwieriger Charakter; auch vor der Erkrankung war er im Leben nicht recht vorangekommen (Fall 2). Ein weiterer Patient, ebenfalls mit leicht reizbarem und explosiblem Temperament, neigte in der Erregung zu Gewalttätigkeiten, war wegen Körperverletzung vorbestraft und soll gegen die eigenen Kinder überstreng gewesen sein (Fall 3). Auch im Fall 5 war der Patient schon immer ein egoistischer, reizbarer und jähzorniger Psychopath, der leicht gewalttätig werden konnte. Ein Kranker (Fall 6) war schon in seiner Jugend als eigensinnig und verschlossen bekannt. Infolge K. D. B. (Nervenschock an der Front) versorgungsberechtigt, gelangte er in die untere Beamtenlaufbahn, hatte häufig Konflikte mit Vorgesetzten und wurde vorzeitig pensioniert. Im Fall 7 und 9 handelte es sich um haltlose Psychopathen, die moralisch und geistig minderwertig waren und Zeichen von Hysterie aufwiesen. Von beiden waren häufige Exzesse in venere bekannt geworden. Fall 8 zeigte neben der Psychopathie eine ausgesprochene Debilität. Ein schwerer Psychopath war auch der 44jährige Steuersekretär O (Fall 10). Im Umgang mit seiner Ehefrau ein Tyrann, war er in seinem Dienst nachlässig und unzuverlässig und wurde als Lügner und Aufschneider von seinen Kollegen auf der Dienststelle ganz allgemein gemieden. Nur ein einziger Patient (Fall 4) ließ keinerlei sichere psychopathische Züge in seiner Vorgeschichte erkennen.

Auffallend hoch ist weiterhin der Prozentsatz jener Patienten, die Intelligenzdefekte aufwiesen. In 8 von den 10 Fällen war eine mehr oder weniger deutlich hervortretende geistige Beschränktheit festzustellen. Zwischen leichter geistiger Einengung und ausgeprägter Debilität sich eingruppierend, hatten alle diese Patienten in der Schule mäßig oder schlecht gelernt und waren dementsprechend im späteren Leben höheren intellektuellen Anforderungen nicht gewachsen. In dem schon mehrfach angeführten Fall 8 handelte es sich um einen recht erheblichen Schwachsinn, der, wie sich einwandfrei feststellen ließ, schon längst vor der nach einem Unfall aufgetretenen Pseudodemenz bestanden hatte. Wie oben bereits dargelegt, stammte der Patient aus belasteter Familie, hatte einen schwachsinnigen Bruder und blieb selbst in der Volksschule 5mal sitzen. Trotz der im übrigen durchaus wohlwollenden Beurteilung wurde er auf meine Nachfrage hin als ein geistig sehr zurückgebliebener Mensch geschildert. Ebenfalls geistig stark eingeengt war von jeher der Arbeiter K. (Fall 5). Von seiten des Vaters, der nicht einmal schreiben konnte, erblich belastet, kam er in der Schule schlecht mit und galt nach der Schulentlassung in seinem Heimatort immer als beschränkt. Seine ganze engere Verwandtschaft soll ebenfalls geistig beschränkt sein. Im Falle 10 handelt es sich um einen Steuersekretär, der schon als Schüler den

Digitized by Google

gestellten Anforderungen nicht gerecht werden konnte. Als Militäranwärter gelangte er in seine jetzige Stellung, der er aber keineswegs gewachsen war. Nach einem Bericht seiner Behörde war er stets das Sorgenkind der nächsten Vorgesetzten, die es nicht wagten, ihm eine irgendwie schwierigere Arbeit zu übertragen, und ihn nur aus rein menschlichen Gefühlen auf seinem Posten beließen. Der Mann war sich seiner heiklen Lage nicht bewußt und trotz der Insuffizienz überheblich und anmaßend. Auch die von ihm gemachten Unterschlagungen waren so plump und wenig getarnt ausgeführt, daß man über die naive und einfältige Art verwundert sein muß. Von der erblich belasteten Frau G. (Tochter eines Potators) wissen wir nur, daß sie als Volksschülerin nur sehr mäßig begabt war (Fall 9). Der 37jährige Bote C. lernte als Kind spät sprechen, kam in der Volksschule nur schlecht mit und galt in seinem Heimatdorf bereits vor dem Auftreten der Pseudodemenz ganz allgemein als beschränkt. Seine Pseudodemenz wurzelte in einer Rentenneurose nach alter Kriegsverletzung am Arm (Fall 7). Von den übrigen 3 Fällen, die noch in diese Rubrik gehören, ist bekannt, daß sie schlechte Schüler waren, daß sie nach der Schulentlassung einen Beruf wählten, der keine großen Anforderungen an die Intelligenz stellte, und daß sie später infolge ihrer geringen geistigen Fähigkeiten im Leben nur mühsam vorwärts kamen (Fall 1, 2 und 4). In 2 von unseren 10 Fällen konnte ich über die intellektuellen Fähigkeiten der früheren Persönlichkeiten nichts in Erfahrung bringen. Es handelt sich um einen 53jährigen Bergmann (Fall 3), und um einen 61jährigen Postschaffner, der infolge einer K. D. B. in den Postdienst gekommen war (Fall 6); beides waren schwere Psychopathen.

Anzeichen für moralische Minderwertigkeit fanden sich bei unseren Fällen 3mal. Wir haben hier Psychopathen mit leicht asozialer Einstellung vor uns, die in der Befriedigung ihrer Triebe keine Hemmungen kannten; obwohl verheiratet, begingen sie extra muros Exzesse in venere, drangsalierten ihre Familie, waren sehr übel beleumundet und teilweise wegen begangener Straftaten mit dem Gesetz in Konflikt gekommen. In jedem Fall bestand neben diesen moralischen Defekten noch eine geistige Beschränktheit (Fall 7, 9 und 10) [12]).

Hysterische bzw. sonstige psychogene Erscheinungen traten bei 6 Patienten in der Vorgeschichte auf. In einem Fall (Fall 2) gab das Krankenblatt nur eine Andeutung davon. In den übrigen 5 Fällen stand es einwandfrei fest, daß die Patienten bereits vor dem Auftreten des pseudodementen Zustandes an Hysterie gelitten hatten. So hatte ein Patient (Fall 10) während seiner Kriegs-

[12]) Siehe dazu Tabelle 2.

Digitized by Google

dienstzeit 2mal eine psychogene Gang- und Gehörstörung durchgemacht. Bei der Frau G. (Fall 9) waren aus der Anamnese psychogene Sprachstörungen und andere hysterische Symptome bekannt. Im Fall 5, 6 und 7 hatte sich jeweils im Anschluß an eine Kriegsverletzung harmloserer Natur eine starke Neurose entwickelt, die durch ihre Kombination mit anderen psychogenen Beschwerden zweifelsfrei als solche gekennzeichnet war.

Epilepsie und Trunksucht waren bei unseren Patienten in keinem Fall aus der Vorgeschichte bekannt.

Beruflich gehörten die Patienten in der Mehrzahl dem Arbeiterstand an. Bei jenen beiden, die im Beamtenverhältnis standen, war in einem Fall die K. D. B., im anderen eine längere Militärdienstzeit das berufsfördernde Moment gewesen.

Das Lebensalter der Kranken — um das nebenbei zu bemerken — lag bei Ausbruch der Pseudodemenz zwischen 31 und 61 Jahren. Diese begrenzte Lebensperiode hat sich aber wohl rein zufällig dadurch ergeben, daß mir eine relativ geringe Anzahl von Fällen zur Verfügung stand; in der Literatur sind jedenfalls eindeutige Fälle von Pseudodemenz bei Kindern und Greisen beschrieben worden.

Das den Scheinblödsinn auslösende Agens war in 8 Fällen Rentenkampf, meist nach Kriegsverletzung; in einem Falle bei einer graviden Frau war es das Desiderium interruptionis und in einem anderen Fall lag Kriminalität zu Grunde.

Tabelle 2.

Fall	Beruf	Belastung in der Familie	Psychische Abnormitäten bei den Patienten: Epilepsie	Hysterie	Psychopathie	Geistige Beschränkth.	Moral. Minderwertigkeit	Trunksucht	Norm. Persönlichkeit	
1	45j. Arbeiter			+	+	+				Rentenkampf
2	54j. Althändler				+	+				,,
3	53j. Bergmann				+	?				,,
4	46j. Bergmann					+				,,
5	42j. Arbeiter	+		+	+	+				,,
6	61j Postschaffn.	+		+	+	?				,,
7	37j. Bote			+	+	+	+			,,
8	32j. Arbeiter	+			+	+				,,
9	31j. Ehefrau	++		+	+	+	+			Schwangersch.
10	44j. Steuersekr.	+		+	+	+	+			Kriminalität
		5		6	9	8	3			

Digitized by Google

Überblicken wir nun noch einmal die Resultate, die sich für unsere Betrachtung aus der Erforschung der ursprünglichen Persönlichkeit sowohl bei den in der Literatur veröffentlichten als auch bei den aus der Gießener Klinik genommenen Fälle ergeben haben, so zeigt ein Vergleich beider Tabellen folgendes:

Der prozentuale Anteil von Hysterie und moralischer Minderwertigkeit ist in beiden Gruppen annähernd gleich. Der Anteil der familiären Belastung ist in der 2. Gruppe wesentlich größer, und Psychopathie und geistige Beschränktheit machen hier im Verhältnis fast das 3fache von der Häufigkeit in der ersten Gruppe aus. Dieser Unterschied erklärt sich wohl einmal daraus, daß die der Tabelle 1 zu Grunde gelegten Angaben zum größten Teil noch aus einer Zeit stammen, in der auch von psychiatrischer Seite der erblichen Belastung, der Psychopathie und der geistigen Minderwertigkeit noch nicht die heute erlangte Bedeutung beigemessen wurde. Zum anderen ist zu bedenken, daß es ja im Sinne dieser Arbeit lag, die mir noch besser zugänglichen eigenen Fälle gerade auf diese psychischen Abnormitäten eingehend zu erforschen, während dieselben bei den oft aus ganz anderen Gründen veröffentlichten Arbeiten der ersten Gruppe gelegentlich nur als Randbemerkungen oder Nebensächlichkeiten mitgeteilt waren. Aus diesen Gründen erscheint es mir berechtigt, trotz des zahlenmäßig kleineren Materials bei der abschließenden Beurteilung den aus der zweiten Gruppe gewonnenen Ergebnissen die größere sachliche Richtigkeit zuzuerkennen und diese dementsprechend mit Vorzug für das Endergebnis zu bewerten.

Wie stellt sich uns nun nach den obigen Darlegungen die ursprüngliche Persönlichkeit der Pseudodementen dar?

Pseudodemenz tritt nach unserer Erfahrung vorwiegend bei Individuen auf, die eine irgendwie abnorme psychische Veranlagung haben. Bei erbgesunden und psychisch einwandfreien Persönlichkeiten vermögen wohl auch die stärksten Wunschvorstellungen oder andere affektbetonte Erlebnisse, die ja nach *Schuppius* (l. c.) die gleiche Wirkung haben sollen wie die ersteren, keine Pseudodemenz auszulösen. Die wenigen in der Literatur veröffentlichten Fälle, bei denen von erblicher Belastung und psychischer Abnormität der früheren Persönlichkeit nichts mitgeteilt bzw. beides ausdrücklich verneint wird, vermögen diese Feststellung kaum zu erschüttern. Bei unseren eigenen Fällen fand sich jedenfalls keine psychisch normale Persönlichkeit.

Zunächst fällt bei den von mir untersuchten Fällen auf, daß es sich sehr häufig um Psychopathen und Hysteriker handelt, um willensschwache, wankelmütige, wenig widerstandsfähige, unstete und zu abnormen Reaktionen neigende Persönlichkeiten, um egoistische, schwierige Charaktere, denen allen ein irgendwie mangel-

Digitized by Google

haftes soziales Empfinden gemeinsam ist. Pflichtgefühl und Verantwortungsbewußtsein gegenüber der Gemeinschaft, in der sie als Einzelglied existieren, scheinen bei diesen Menschen sehr wenig ausgeprägt zu sein. Sie vermögen auf Grund ihrer minderwertigen Konstitution selbst in geregelten Lebenslagen nicht ihren Mann zu stellen, versagen in schwierigen Situationen vollkommen, werden den Anforderungen, die der Kampf ums Dasein an sie stellt, nicht gerecht, bleiben in der Verfolgung ihrer Ziele auf halber Strecke liegen, kämpfen hartnäckig um Rente, die ihnen nicht zusteht und fallen mitsamt ihren Familien den Wohlfahrtseinrichtungen zur Last. Nicht selten finden wir unter diesen Pseudodementen auch ausgesprochen asoziale Elemente, die bereits vor dem Auftreten ihrer Erkrankung mehr oder weniger oft mit dem Gesetz in Konflikt gekommen sind.

Ferner sehen wir, daß sich neben der psychopathischen und hysterischen Veranlagung in der prämorbiden Persönlichkeit von Pseudodementen sehr oft Defekte auf intellektuellem Gebiet zeigen. Einigermaßen intelligente Menschen finden sich kaum in der Gesamtheit der Fälle. Bei unseren eigenen Fällen konnten wir bei 2 Personen über ihre frühere Intelligenz nichts in Erfahrung bringen. Bei den übrigen 8 waren alle Grade der geistigen Minderwertigkeit vertreten, von der physiologischen Dummheit angefangen bis zum ausgesprochenen Schwachsinn; es fand sich unter ihnen keiner, der durchschnittliche intellektuelle Fähigkeiten aufzuweisen hatte. Diese Tatsache ist um so bedeutsamer, als ich mich gerade in dieser Hinsicht bemüht habe, durch Nachfrage bei Schulbehörden und durch Einsichtnahme in die Schulzeugnisse ein möglichst objektives Urteil zu gewinnen. Aber auch abgesehen von diesen objektiven Feststellungen konnte man sich bei den Untersuchungen einzelner Pseudodementer immer wieder — zwar nur rein gefühlsmäßig — des Eindrucks nicht erwehren, daß es sich hier um Menschen handelte, die bereits vor ihrer Erkrankung geistig eingeengt gewesen sein mußten.

Wenn ich oben ganz allgemein von einer psychisch abnormen Veranlagung sprach, so möchte ich mich jetzt etwas präziser ausdrücken und sagen, daß psychopathische Mängel der Lebenskraft und des Verantwortungsgefühls mit Einschluß der Hysterie bzw. der Neigung zu psychogener Reaktion und geistige Beschränktheit wohl die Abnormitäten sind, die mir bei Erforschung der ursprünglichen Persönlichkeiten bei Pseudodementen vorzugsweise entgegentraten. Es will mir auf Grund dieser Feststellung scheinen, als ob Wunschvorstellungen irgendwelcher Art bei einem Individuum gerade dann sehr leicht zur Pseudodemenz führen, wenn diese genannten psychischen Defekte miteinander kombiniert in der ursprünglichen Persönlichkeit verankert

Digitized by Google

sind. Zu weitgehenden Schlüssen fühle ich mich auf Grund des zahlenmäßig kleinen Materials allerdings nicht berechtigt. Es sollen hier mit einem Versuch, in die psychische Struktur der früheren Persönlichkeit bei Pseudodementen etwas einzudringen, nur einige Hinweise gegeben sein.

Es sei mir abschließend nur noch gestattet, eine Frage anzuschneiden, die heute unter Umständen praktische Bedeutung erlangen kann: An Hand eines Falles habe ich gezeigt, daß die geistige Beschränktheit der prämorbiden Persönlichkeit bei Pseudodementen gelegentlich den Grad eines ausgesprochenen Schwachsinns erreichen kann. Es handelt sich hier also um die vom erbgesundheitlichen Standpunkt aus interessante Feststellung, daß sich gelegentlich hinter einer Pseudodemenz ein angeborener Schwachsinn verbergen kann. Früher hatte die Unterscheidung zwischen primären und sekundären Defekten in solchen Fällen höchstens einen theoretisch-wissenschaftlichen Wert. In der Praxis war es bisher wohl meistens so, daß bei Kranken dieser Art sämtliche Ausfälle innerhalb der intellektuellen Sphäre auf das Konto des Scheinblödsinns gesetzt wurden; und zwar einmal, weil — wie ich oben ausführlich darlegte — die von den nächsten Angehörigen erhobene Anamnese über die frühere Persönlichkeit des Kranken in sehr vielen Fällen nicht den objektiven Tatsachen entspricht und irreführt, zum anderen, weil das Zustandsbild der Pseudodemenz die ursprünglichen Intelligenzdefekte tatsächlich derart überlagert und verdeckt, daß man nicht ohne weiteres noch nebenbei einen angeborenen Schwachsinn vermutet. Mancher Schwachsinn ist sicherlich früher auf diese Weise verkannt worden. Als Beispiel diene unser Fall 8: Trotz Beobachtung und Begutachtung des Patienten in unserer Klinik, hatten wir, durch die falsche Anamnese irregeführt, nicht an einen angeborenen Schwachsinn gedacht. Erst die gelegentlich dieser Arbeit angestellten Erhebungen über die Vorgeschichte des Kranken bei Behörden und anderen objektiven Beurteilern ergaben zweifelsfrei, daß wir es hier mit einem angeborenen Schwachsinn zu tun hatten, dem eine Pseudodemenz nach Unfall aufgepfropft war. Der Patient fiel somit unter das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und wurde nachträglich von uns angezeigt. Wir sehen an Hand dieses Falles, wie notwendig es für eine restlose Erfassung aller Schwachsinnigen ist, bei jedem Fall von Pseudodemenz eine eingehende Untersuchung der früheren Persönlichkeit auf angeborene Intelligenzdefekte anzustellen. Jeder so entdeckte Schwachsinn ist — der Sterilisierung zugeführt — als ein doppelter Gewinn für die geistige Gesundung unseres Volkes zu buchen. Denn nicht nur die unerwünschte Vermehrung der Schwachsinnigen wird in diesem Fall unterbunden, sondern bei der den meisten Pseudodementen eigenen Kombination

Digitized by Google

von Psychopathie und Beschränktheit wird überdies noch dafür gesorgt, daß ein Psychopath seine oft recht bedenkliche Erbmasse nicht nach Willkür und Laune fortpflanzen und so die Volksgemeinschaft mit einer minderwertigen Nachkommenschaft belasten kann.

Literatur.

1. *Bieling,* Organische Erkrankungen mit hysterischer Pseudodemenz. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38 (1915).
2. *Binswanger,* Über einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand (*Ganser*). Monatsschr. f. Psychiatr. Bd. 3 (1898).
3. *Braun,* Psychogene Reaktionen. *Bumke,* Handbuch d. Geisteskrankheiten. Bd. 5, 1. Teil.
4. *Bumke,* Die Diagnose der Geisteskrankheiten. Wiesbaden 1919.
5. *Dietz,* Simulation von Geistesstörungen usw. Zeitschr. f. Psychiatr. Bd. 53 (1897).
6. *Flatau,* Über den *Ganser*schen Symptomenkomplex. Zeitschr. f. Neurol. u. Psychiatr. Bd. 15, Orig. (1913).
7. *Ganser,* Über einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand. Arch. f. Psychiatr. Bd. 30 (1898).
8. *Haenisch,* Zur diagnostischen Bedeutung des *Ganser*schen Symptoms. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 33.
9. *Henneberg,* Über das *Ganser*sche Symptom. Zeitschr. f. Psychiatr. Bd. 61 (1904).
10. *Hey,* Das *Ganser*sche Symptom, seine klinische und forense Bedeutung. Berlin 1904. (Hirschwaldverlag.)
11. *Kaiser,* Beiträge zur Differentialdiagnose der Hysterie und Katatonie. Zeitschr. f. Psychiatr. Bd. 58 (1902).
12. *Last* und *Meyer,* Zur Frage pseudodemenzähnlicher psychischer Störungen nach CO-Vergiftung u. a. Hirnschädigungen. Arch. f. Psychiatr. Bd. 96 (1932).
13. *Lücke,* Über das *Ganser*sche Symptom mit Berücksichtigung seiner forensischen Bedeutung. Zeitschr. f. Psychiatr. Bd. 60 (1903).
14. *Moeli,* Über irre Verbrecher. Berlin 1898.
15. *Neisser,* Ein weiterer Fall von Simulation von Schwachsinn bei bestehender Geistesstörung. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin. 3. Folge Bd. 5 (1893).
16. *Nissl,* Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen. Zentralblatt f. Nervenheilkunde. 144.
17. *Pfeifer,* Die psychischen Störungen nach Hirnverletzungen. *Bumke,* Handbuch d. Geisteskrankheiten. Bd. 7, 3. Teil.
18. *Raecke,* a) Beitrag zur Kenntnis des hysterischen Dämmerzustandes.
    b) Hysterischer Stupor bei Strafgefangenen.
    Zeitschr. f. Psychiatr. Bd. 58 (1903).
19. *Riklin,* Zur Psychologie hysterischer Dämmerzustände und des *Ganser*schen Symptoms. Psych. neurol. Wochenschr. 1904, 21 und 22.

Digitized by Google

20. *Schuppius,* Das Symptomenbild der Pseudodemenz und seine Bedeutung für die Begutachtungspraxis. Zeitschr. f. Neurol. und Psychiatr. Bd. 22, Orig. (1914).
21. *Sorge,* Klinischer Beitrag zur Frage von den Bewußtseinsstörungen. Neurologisches Zentralblatt 1903.
22. *Stertz,* Über psychogene Erkrankungen und Querulantenwahn nach Trauma nebst ihrer Bedeutung f. d. Begutachtungspraxis. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. 7, (1904).
23. *Vorster,* Über hysterische Dämmerzustände u. d. Vorbeireden. Monatsschrift f. Psych. und Neurol. Bd. 15 (1904).
24. *Wernicke,* Grundriß der Psychiatrie. Leipzig 1900.
25. *Westphal,* Ein Fall von traumatischer Hysterie mit eigenartigen Dämmerzuständen u. d. Symptom des Vorbeiredens. Deutsche Med. Wochenschrift 1904, 1.
26. *Westphal,* Über hysterische Dämmerzustände u. d. Symptom des Vorbeiredens. Neurol. Zentralblatt 1903.

Digitized by Google

(Aus der Landesheilanstalt Haina. Direktor: Landesobermedizinalrat Prof. Dr. *Langelüddeke*.)

Zur forensischen Bedeutung der perniziösen Anämie.

Von

A. Langelüddeke.

Nervöse, insbesondere psychische Störungen bei der perniziösen Anämie haben in den letzten etwa 10 Jahren zweifellos an Bedeutung gewonnen. Während früher Psychosen bei der perniziösen Anämie zu den immerhin selteneren Beobachtungen gehörten, mehren sich jetzt, vielleicht infolge der durch die Erfolge der Lebertherapie erhöhten Aufmerksamkeit, die Berichte über derartige Psychosen in auffallender Weise.

Daß jedoch ein Fall von perniziöser Anämie forensisches Interesse hat, gehört immer noch zu den Ausnahmen: ich habe in der umfangreichen Literatur bisher nur zwei derartige Fälle gefunden. Zuerst hat *Kluge*[1]) über einen Mann berichtet, der freilich während seines Lebens ziemlich erheblich versagt hatte, der in den letzten Jahren vor seinem Tode — er starb mit 72 Jahren — unsinnige Verträge abgeschlossen hatte, der während dieser Zeit eine mißtrauisch-paranoide Umwandlung gezeigt hatte, und bei dem kurz vor seinem Tode einwandfrei eine perniziöse Anämie festgestellt war. *Kluge* hält die psychische Umwandlung für bedingt durch die Blutkrankheit und urteilt, daß dem Kranken für die Schließung seiner Verträge die »rechtliche Geschäftsfähigkeit« (nach ungarischem Rechte) gefehlt habe. Der zweite Fall ist von *Hübner* und *Müller-Heß* beschrieben[2]). Es handelte sich um einen Apotheker, der einen anderen Mann erschossen hatte. Die Sachverständigen, zu denen auch *Hübner* gehörte, bejahten die Zurechnungsfähigkeit, und der Apotheker wurde verurteilt. Erst später stellte sich heraus, daß er an einer perniziösen Anämie litt, und die Verf. bringen nunmehr die wechselnden und vorübergehenden psychotischen Zustände, die er um die Zeit der Tat gehabt hatte, in Beziehung zur Blutkrankheit und nehmen an, daß das Gutachten falsch war. Der Kranke starb an perniziöser Anämie.

---

[1]) *Kluge:* Anaemia perniciosa und psychiatrische Geschäftsfähigkeit. Arch. f. Psych. u. Nerv. 81, 1927, S. 353.

[2]) *Hübner* und *Müller-Hess:* Zur klinischen und forensischen Bedeutung der perniziösen Anaemie. Arch. f. Psych. u. Nerv. 99, 1933, S. 325.

Digitized by Google

Bei der Seltenheit solcher Beurteilungen sei es mir gestattet, ein Gutachten auszugsweise wiederzugeben, das ich über die Frage der Geschäftsunfähigkeit 1933 dem Hamburgischen Amtsgericht erstattet habe.

Der Makler K. hatte seine Schwester zunächst der Staatsanwaltschaft angezeigt, weil sie ihn bestohlen habe, und als er damit nicht weiter kam, versuchte er, sie zivilrechtlich zu belangen. In diesem Prozeß entstand die Frage, ob der Kläger geschäftsfähig sei, und ich wurde ersucht, ein Gutachten über das Vorliegen der Voraussetzungen des § 104 Abs. 2 BGB. zu erstatten.

K. ist nach früheren Angaben einer Bekannten immer schon ein leicht erregbarer Mensch gewesen. Mit seiner Mutter und seiner Schwester stand er sich nie besonders. Die Schwester soll er sogar grundlos gehaßt haben. 1915—1921 war er Leiter einer Kreisgetreidestelle, in der er sich bewährte; später betätigte er sich als Makler.

Im Herbst 1931 fing er an, über Kribbeln in den Fingern zu klagen; er konnte nicht recht schreiben, konnte auch das Rasiermesser schlecht halten, während er schwere Gegenstände ganz gut tragen konnte. Seit Anfang 1932 fühlte er sich müde, verlor den Humor, wurde nervöser, schlief manchmal nachts gar nicht, sondern pfiff statt dessen.

Nach eignen Angaben fing seine Erkrankung etwa Mitte 1931 mit Schwindelgefühlen an; er hatte auf der Straße immer das Gefühl, als ob die Autos direkt auf ihn zukämen. Es kam ihm auch so vor, als ob er sich selbst nicht hörte. Deswegen habe er bei einem Termin vor Gericht so laut gesprochen, daß der Richter ihn aufgefordert habe, leiser zu sprechen. Er habe ferner an Händen und Füßen das Gefühl von Geschwollensein, Taubheit und Kribbeln gehabt. Er sei zum Arzt gegangen wegen heftiger Leibkoliken; der habe ihn aus ihm unverständlicher Ursache zum Nervenarzt Prof. K. geschickt. Herr Prof. K. wies am 27. II. 1932 den Kläger nach Friedrichsberg ein. Nach seinem Attest hatte der Pat. reflektorische Pupillenstarre, er war euphorisch, schläfrig, reizbar, nachts unruhig und hatte Größenideen. Er nahm deshalb eine progressive Paralyse an.

Die körperliche Untersuchung ergab im wesentlichen Folgendes: 171 cm großer, $74^1/_2$ kg schwerer Mann. Hautfarbe gelblich-blaß. Schleimhäute blaß, Zunge auffallend glatt. Puls beschleunigt (120 in der Minute). Im Magensaft fehlt nach Probefrühstück freie Salzsäure; die Gesamtazidität ist 24. Milchsäure + Pupillen rund. Reaktion auf Licht rechts träge, sonst o. B. Bauchdeckenreflexe schwer auslösbar. Die Prüfung der Sensibilität war anfangs nicht möglich wegen des Verhaltens des Kranken; später fand sich eine ausgesprochene Labilität der Reizschwelle für Berührungsreize an beiden Füßen und typischer Funktionswandel. Die Wassermann'sche Probe war in Blut und Liquor negativ. Im Liquor fand sich sonst nur Globulinvermehrung und eine kleine Zacke in der Mastix- und Paraffinkurve.

Im Blut fanden sich Veränderungen, die auf eine perniziöse Anämie hinwiesen: Hgb. 90%, Rote 2850000, Weiße 5600. F. I. 1,6. Rotes Blutbild: Anisozytose, Makrozytose, Hyperchromie, Polychromatophilie. Weißes Blutbild: Lymphozytose (45%), Leukopenie (51%), Rechtsverschiebung.

Die wiederholt vorgenommene Blutkontrolle und der Erfolg der Behandlung bestätigten die Diagnose »perniziöse Anämie«.

Digitized by Google

Psychischer Zustand: Bei der Aufnahme war K. zeitlich nicht genau orientiert, wußte den Tag nicht. Er meinte, er sei in einem allgemeinen Krankenhaus. Bei der ersten ausführlichen Untersuchung schimpfte er in arroganter Weise über die Behandlung, über den untersuchenden Arzt und das Essen, behauptete, er sei schon seit Donnerstag da (in Wirklichkeit seit Sonnabend), er sei schon halb verhungert; er sei vollständig gesund.

Auf Zureden erklärte er, er sei früher die Ruhe und Höflichkeit selbst gewesen; erst seit der letzten Notverordnung, durch die sein Geschäft zurückgegangen sei, sei er schlechter Laune und gereizt. Doch sei sein Gedächtnis gut wie immer, seine Leistungsfähigkeit ebenfalls, er fühle sich frisch und unverbraucht. Er klage augenblicklich gegen einen Landrat in H., für den er früher Maklergeschäfte getätigt habe, auf Zahlung von RM. 600000. Diese Summe hätte sich seit Beginn des Krieges angehäuft. Schriftliche Unterlagen besitze er freilich keine einzige. Er habe gemeint, es sei endlich an der Zeit, diese Summen einzutreiben. Mit seinem Anwalt, Herrn Dr. H., habe er einen Vertrag aufgesetzt, nach dem er jetzt monatlich RM. 6200 von dem Landrat bekäme. Er sei empört, daß das Geld noch nicht angekommen sei. Auch sonst habe er noch große Summen ausstehen, die er jetzt eintreiben wolle.

K. zeigte eine deutliche Urteils- und Kritikschwäche. Er hatte einen müden, schlaffen Gesichtsausdruck. Intelligenzfragen wurden von ihm mit arroganten Bemerkungen abgelehnt.

In den ersten Tagen seines Krankenhausaufenthaltes war er aufgeregt, ängstlich; er sträubte sich gegen die notwendigsten Untersuchungen, die er für unnötig hielt. Schließlich mußte die erforderliche Blutuntersuchung gegen seinen Willen vorgenommen werden.

Auch auf der Abteilung war er anfangs unruhig, störend, führte laute Selbstgespräche, ließ sich kaum beruhigen, behauptete, nur er habe hier zu bestimmen, gab an, er habe Millionen, er könne besonderes Essen haben und anderes mehr.

Sein Zustand wechselte in der Folgezeit sehr; im Ganzen machte sich eine allmähliche Beruhigung bemerkbar, unterbrochen von Tagen, an denen er zu halluzinieren schien, an denen er über eigenartige Sensationen klagte: »Ich sehe Sie«, sagte er einmal, »habe aber das Gefühl, als ob Sie gar nicht da wären«. Ebenso sehe er die Akten auf dem Tische, habe aber das Gefühl, als ob alles unwirklich wäre. Das sei eigentlich nicht ganz zutreffend ausgedrückt, er könne aber überhaupt nicht sagen, wie es eigentlich sei. Einmal glaubte er plötzlich nicht sehen zu können. Der Augenarzt konnte keine Ursache dafür feststellen und meinte, es könne sich um ein Flimmerskotom handeln.

Am 18. V. 1932 fand sich: Hgb. 101%, Rote 5090000, Weiße 11800. F. I. etwa 1,0. Im roten Blutbild fand sich noch Aniso- und Makrozytose, einzelne Polychromatophile. Am 21. V. 1932 wurde er sehr gebessert mit genauen Vorschriften entlassen.

Ich habe K. dann noch mehrere Male gesehen. Trotz wiederholter Hinweise auf die Dringlichkeit der Behandlung hat er sich aus nichtigen Gründen um die gegebenen Vorschriften nicht gekümmert. Infolgedessen war bereits am 13. VI. eine deutliche Verschlechterung des Blutbildes zu erkennen, die bei einer späteren Untersuchung am 16. IX. 1932 weitere Fortschritte gemacht hatte (80% Hgb., 3340000 Rote, 3600 Weiße). Am 20. IX.

Digitized by Google

erschien er gegen seine Angehörigen wahnhaft eingestellt: Mutter und Schwester seien absichtlich losgegangen, hätten seine Schuldner veranlaßt, nicht zu zahlen. Er schließe das aus Gesprächen, die sie mit seiner Wirtin gehabt hätten. Er schlafe jetzt in einer Garage. Eine sachliche Besprechung war schon damals kaum möglich; aus seinen Angaben konnte ich kein klares Bild gewinnen. Ich empfahl ihm daher, sich einen Pfleger bestellen zu lassen.

Bei einer späteren Untersuchung (am 22. und 23. XII.) hatte sich der körperliche Befund insofern verschlechtert, als die Hautfarbe blasser geworden war. Blutbild: Hgb. 69 %, Rote 2740000, Weiße 9400, F. I. 1,27. Aniso-, Makro- und Megalozytose, einzelne Poikilozyten.

Auch der psychische Zustand erschien wieder erheblich verschlechtert. K. gab an, seit Jahren werde systematisch gegen ihn gearbeitet, er sei durch üble Nachrede zugrunde gerichtet, d. h. er solle es werden, in Wirklichkeit sei er noch oben auf. Nach außen hin erscheine dabei seine Schwester als die Haupttätige; hinter ihr müßten aber andere Kräfte stehen, die die eigentlichen Leiter der gegen ihn gerichteten Arbeit seien. Er vermute, daß es Damen seien und zwar die Tochter des Hauswirts, die ihm von Anfang an nicht habe leiden können, und seine Hausdame (die oben genannte Bekannte), die 9 Jahre bei ihm gewesen sei und die, wie er vermute, ihn heiraten wollte und nun ärgerlich sei, daß er das nicht getan habe. Er vermute, daß auch ein politischer Hintergrund da sei, weil seine Mobilien ihm »in der schändlichsten Weise sabotiert« seien.

Seit er in Friedrichsberg gewesen sei, mieden ihn alle Bekannten. Das müsse mit üblen Nachreden zusammen hängen. Aber sagen tue kein Mensch was, sie hätten sich alle verabredet. Man lasse ihn aber nicht mehr in die Wohnung.

Seine Hausdame habe schon seit Jahren die Briefe, die er erhalten habe, geöffnet. Er habe gemeint, sie tue das aus Interesse am Geschäft. Jetzt sei er jedoch der Meinung, daß sie das, was sie auf diese Weise erfahren habe, an bestimmte Stellen (wohin, wisse er nicht, das möchte er gern heraus haben) weiter geleitet habe: eine Bank, für die er größere Geschäfte getätigt habe, habe plötzlich und ohne stichhaltigen Grund auf seine Dienste verzichtet.

K. kam an diesem Tage, obwohl er wußte, daß er körperlich untersucht werden sollte, mit stark verschmutzten Füßen zu mir. Er widersprach sich sehr häufig; was er eben gesagt hatte, widerrief er im nächsten Augenblick. Seine Berichte waren vielfach unklar, unverständlich. Dabei war er mißtrauisch, verweigerte gelegentlich die Aussage, war leicht beleidigt, selbst aber anmaßend und einmal sogar recht unverschämt.

Aus den Akten ging hervor, daß er am 27. VIII. 1932 Strafantrag gegen seine Schwester gestellt hatte. In dem Bericht darüber heißt es, er mache »widersprechende Angaben«. Diese seien daher mit Vorsicht aufzunehmen. Ferner; »K. konnte nicht näher angeben, welche Sachen ihm eigentlich gestohlen sind. Er macht einen zerstrreuten geisteskranken Eindruck.« Damals konnte er angeblich auch den Wert der Sachen nicht angeben; jetzt meinte er, er habe den Wert nicht angeben wollen: »Wert ist Wert«, wenn man zum Leihhaus gehe, seien die Sachen weniger wert als im Geschäft.

Aus der Fürsorgeakte ging hervor, daß K. in letzter Zeit mehrfach unterstützt war. Seine Betreuung stieß indessen auf Schwierigkeiten, weil die von ihm angegebene Adresse nicht richtig war und man ihn deshalb nicht

Digitized by Google

finden konnte. »Eine Unterredung mit ihm«, so heißt es einmal, »ist sehr schwierig, weil er oft unzusammenhängend spricht und dauernd klagt, man wolle ihm nicht wohl.«

Zu Herrn Prof. K. kam der Pat. sehr unregelmäßig, manchmal zweimal am Tage, dann wieder, obwohl es nötig gewesen wäre, lange Zeit gar nicht. Er war, wie Herr Prof. K. mir mitteilte, leicht erregt, anspruchsvoll, gegen seine Schwester in letzter Zeit in paranoidkrankhafter Weise eingestellt.

Auf seinen Anwalt und dessen Personal hatte K. ebenfalls einen geisteskranken Eindruck gemacht. Er hatte dort seine Ansprüche gegen den Landrat, der übrigens alle Forderungen glatt abgelehnt hatte, sprunghaft gesteigert. K. hatte dem Anwalt zunächst Aussagegenehmigung erteilt, diese aber nach kurzer Zeit wieder zurückgezogen. Eine Anfrage an K. kam als unbestellbar wieder zurück; unter der angegebenen Adresse wohnte er nicht. Er ließ nur seine Post dorthin gehen, von wo aus sie dann ein Bekannter postlagernd weiter beförderte. Unter den von K. geschriebenen Briefen und Karten war eine Postkarte an seine Mutter besonders bemerkenswert. Die Adresse lautete; »An Frau Anna K. bei Frau Dr. E. Diebsgesindel«. Aus dem Inhalt sei erwähnt: »Alle hast Du gegen mich aufgewiegelt, so daß Fremde mir sagen mußten, »was wird zu Hause gespielt«. Mit Vorbedacht hast Du mit den anderen zusammen gearbeitet, um mich zu ruinieren...«. Auf der Vorderseite der Karte steht oben: »Wahrheit Ihr Lumpen«, unten: »Was ein schlechter Brief.«

Ich habe auf Grund dieser Krankengeschichte eine paranoide Psychose bei perniziöser Anämie angenommen und bin weiter zu dem Ergebnis gekommen, daß Geschäftsunfähigkeit im Sinne des § 104 Abs. 2 BGB. vorlag.

K. wurde am 7. XI. 1933 in die Staatskrankenanstalt Langenhorn aufgenommen. Auch dort wirkte er paranoid, zerfahren. Allmählich schritt die Medullose fort, Pat. wurde bettlägerig und starb am 14. IX. 1934. Anatomische Diagnose (Dr. *Lua*): Anaemia universalis. Bronchopneumonie. Gehirn und Rückenmark makroskopisch o. B.

An der Diagnose »Psychose und Medullose bei perniziöser Anämie« ist nicht zu zweifeln. Wichtig sind diese Fälle — und das rechtfertigt kasuistische Veröffentlichungen —, weil sie in ihren neurasthenischen Vorstadien und wegen des Wechsels der Erscheinungen oft verkannt werden. Das zeigt der oben angeführte Fall von *Hübner* und *Müller-Heß*; das zeigt auch unser Patient, der von einem anerkannt tüchtigen Facharzt als Paralyse eingewiesen wurde; auch mir selbst ist in einem anderen Falle zunächst der gleiche Irrtum unterlaufen. Wird in solchen Fällen nicht ein genauer Blutbefund erhoben, so kommt es zu Fehlurteilen, die sich heute, wo wir eine auch bei Psychosen und Medullosen nicht selten Erfolg versprechende Behandlungsmöglichkeit besitzen, für den Kranken in ungünstigster Weise auswirken kann. In jedem unklaren Falle einer Psychose sollte daher eine genaue Blutuntersuchung vorgenommen werden.

Digitized by Google

Diskutiert könnte die Frage werden, ob es sich bei der perniziösen Anämie K.'s nicht um den zufälligen Nebenbefund bei einer Schizophrenie handelte. Sieht man solche Kranke in einem späteren Stadium, so ist in der Tat manchmal die Diagnose kaum zu klären. Die im Anfang vorhandene leichte Bewußtseinsveränderung, die sich in ungenauer Orientierung, mangelhafter Konzentration und dgl. zeigte, läßt jedoch bei aufmerksamer Beobachtung die exogene Entstehung deutlich werden. Pathoplastisch wird der praepsychotischen Persönlichkeit natürlich ihre Bedeutung zukommen. Beides, die ursprüngliche Persönlichkeit, wie die exogene Note waren bei K. deutlich erkennbar. Die letztere zeigte sich in der mangelhaften zeitlichen wie örtlichen Orientiertheit, in der anfänglichen Müdigkeit, der Schläfrigkeit des Kranken; die erstere wurde sichtbar im Ausbau ursprünglicher Haßgefühle zu paranoiden Ideen. An dem ursächlichen Zusammenhang der Psychose mit der perniziösen Anämie, den ich auch in anderen ähnlichen Fällen sorgfältig zu klären für erforderlich halte[3]), scheint mir ein Zweifel nicht möglich.

[3]) *Langelüddeke:* Ein Fall von perniziöser Anämie mit Psychose und anderen selteneren Symptomen. Dtsch. med. Wschr. 1936, S. 963.

Digitized by Google

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

2. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater in Frankfurt (23. 8.—25. 8. 1936).

In die Anwesenheitsliste hatten sich 427 Teilnehmer eingetragen, bei 23 waren die Namen unleserlich, im übrigen waren

anwesend: *Ach*-Göttingen, *Albig*-Plagwitz, *Albrecht*-Hamburg, *Altenburger*-Breslau, *Anders*-Berlin, *Ast*-Eglfing, *Auer*-Hamburg; *Bach*-Bayreuth, *Balluff*-Berlin, *Bartscher*-Kiedrich, *Bauer*-Freudenstadt, *Baumann*-Eberswalde, *Bausch*-Eberstadt, *Beck*-Frankfurt, *Becher*-Frankfurt, *Beetz*-Stuttgart, *Benning*-Bremen, *Berg*-Wehlau, *Berger*-Jena, *Berger*-Marburg, *Beringer*-Freiburg, *Bethe*-Frankfurt, *Bindich*-Herborn, *Bingel*-Hamburg, *Blonk*-Herborn, *Bock*-Frankfurt a. M., *Bodechtel*-Hamburg, *Bracken*-Braunschweig, *Brandt*-Königstein T., *Braun*-Kiel, *Braun*-Zürich, *Bremer*-Berlin, *Brockhausen*-Brandenburg-Görden, *Bufe*-Allenberg, *Busse*-Tübingen; *Casten*-Stettin, *Conrad*-Hadamar, *Conrad*-München, *Cramer*-Innsbruck; *Dalchow*-Breslau, *Demme*-Hamburg, *Dietrich*-Leipzig, *Dobbek*-Kassel, *Dobrowolny*-Rasemühle, *Dodillet*-Bunzlau, *Dohnalies*-Eberswalde, *Drews*-Stralsund, *Dussik*-Wien, *Dyes*-Würzburg, *Ederle*-Tübingen, *Edzard*-Bremen, *Ehlers*-Görden, *Eidam*-Eglfing-Haar, *Eichler*-Düsseldorf-Grafenberg, *Elsässer*-Bonn, *Elster*-Kassel, *Ennen*-Merzig, *Entres*-Kutzenberg, *Ewald*-Göttingen, *Eysel*-Mühlhausen; *Faas*-Trier; *Fahreddin Kerim Gökay*-Istanbul, *Fahrenbruch*-Riesenburg, *Faltlhauser*-Kaufbeuren, *Fehr*-Gießen, *Feldkeller*-Schönwalde, *Fernandes*-Lissabon, *Fischer*-Werneck, *Fleck*-Nürnberg, *Flügel*-Leipzig, *Frank*-Gießen, *Franke*-Dresden, *Frank*-Karlsruhe, *Friedrich*-Arnsdorf, *Frölich*-Langenhagen/Hann., *Fuchs*-Bamberg, *Führ*-Frankfurt, *Fünfgeld*-Magdeburg, *Funkeser*-Gießen; *Gamper*-Prag, *Ganner*-Innsbruck, *Gaupp*-Stuttgart-Degerloch, *Geletneky*-Stargard, *Gengnagel*-Altscherbitz, *Gerstenberg*-Wunstorf, *Geuke*-Jena, *Gielen*-Köln, *Giesen*-Kochel am See, *Gildemeister*-Bremen-Ellen, *Girscheck*-Troppau CSR., *Glettenberg*-Hannover, *Gloz*-Oldenburg, *Goebel*-Hagen/Westf., *Görich*-Bernburg, *Göring*, *Heinrich*-Elberfeld, *Göring*, *Erna*-Elberfeld, *Goldbeck-Löwe*-Braunschweig, *Goralewski*-Düsseldorf, *Gotthold*-Haina, *Graf*-Stuttgart, *Gräff*-Süchteln, *Grimme*-Hildesheim, *Groß*-Blankenburg, *Grünthal*-Hamburg, *Gückel*-Nürnberg, *Günther*-Chemnitz; *Haberland*-Königslutter, *Hackländer*-Essen, *Haensel*-Chemnitz, *Hagelüken*-Dresden, *Hagemeister*-Treuenbrietzen, *Hahn*-Frankfurt, *Hallervorden*-Potsdam, *Hampel*-Hamburg-Eppendorf, *Hanse*-Gottleuba, *Harrasser*-München, *Harries*-Göttingen, *Hartung*-Lengerich, *Hauptmann*-Kortau, *Heene*-Homburg/Saar, *Hegemann*-Essen, *Heidenhain*-Berlin, *Heinrich*-Berlin, *Heinze*-Potsdam, *Heller*-Haina, *Hempel*-Greifswald, *Henkel*-Hadamar, *Heyg-*

Digitized by Google

ster-Stettin, *Hinrichs*-Neuhaldensleben, *v. Hößlin*-Ansbach, *Hof*-Totensew b. Hamburg, *Hoffmann*-Tübingen, *Hollmann*-Wiesbaden, *v. Holst*-Danzig, *Holthaus*-Münster, *Holz*-Frankfurt a. M., *Hoppe*-Freiburg, *Horn*-Werneck, *v. Hugo*-Kassel; *Idelberger*-München, *Isemann*-Nordhausen, *Jacobi*-Gießen, *Jahnel*-München, *Janzen*-Hamburg, *Jaschke*-Herborn, *Jaucke*-Bern, *Jörries*-Hamburg, *Jost*-Eickelborn, *Jütte*-Frankfurt a. M., *Kahlbaum*-Görlitz, *Kalberlah*-Frankfurt a. M., *Kaldewey*-Eickelborn, *Kauffmann*-Danzig, *Kentenich*-Düsseldorf-Grafenberg, *Kihn*-Erlangen, *Kipp*-Berlin, *Kittel*-Berlin, *Klarer*-Frankfurt, *Kleinen*-Bedburg-Hau, *Kleist*-Frankfurt, *Klimke*-Münster, *Knospe*-Berlin, *Koch*-Schussenried, *Koch*-Berlin, *Kögler*-Hamburg, *Kolle* Frankfurt a. M., *Konietzny*-Brieg, *Kopp*-Köln, *Korbsch*-Münster, *Kornmüller*-Berlin, *Kost*-Waldbreitbach, *Kracke*-Osnabrück, *Krahl*-Bautzen, *Krakow*-Tapiau, *Kramer*-Bonn, *Krauß*-Kennenburg, *Krauß*-Salzborn/Saar, *Kreisch*-Andernach, *Kretschmer*-Marburg, *Kreyenberg*-Hamburg, *Kroll*-Breslau, *Krüger*-Tapiau, *Küppers*-Illenau, *Kuhn*-Gießen, *Kunze*-Lüben; *Lampar*-Graz, *Lange*-Breslau, *Langelüddecke*-Haina, *Laubender*-Hamburg, *Laubenthal*-Bonn, *Legewie*-Freiburg i. Br., *Lehmann-Facius*-Frankfurt a. M., *Leonhard*-Frankfurt a. M., *Lemke*-Jena, *Lienau*-Hamburg, *Lottig*-Hamburg, *Ludwig*-Riesenburg, *Luxenburger*-München; *Magunna*-Königslutter, *Mahlo*-Stettin, *Mappes*-Düsseldorf, *Marckmann*-Kiel, *Marx*-Ahrweiler, *Mäurer*-Bonn, *Mauz*-Gießen, *Mayr*-Günzburg, *Meckmann*-Warstein, *Meinert*-Worms, *Mennecke*-Eichberg, *Metz*-Neuhaldensleben, *Metzger*-Frankfurt, *Meyer*-Saarbrücken, *Meyer*-Wunstorf, *Meyer*-Würzburg, *Miskolczy*-Szeged, *Mitscherlich*-Königsberg, *Mönch*-Wehnen, *Moenickes*-Eickelborn, *Mootz*-Treptow, *Müller*-Weimar, *Müller-Bl..*-Berlin, *Muthmann*-Jena; *Nanny*-Lüben, *Nitsche*-Pirna, *Nonne*-Hamburg, *Nothaass*-Hochweitzschen, *Nowack*-Reichenberg (CSR.), *Offermann*-Neuß, *Okonek*-Würzburg, *Ostmann*-Ückermünde, *Otten*-Andernach; *Panse*-Bonn, *Paulstich*-Berlin, *Petermann*-Warstein, *Peters*-München, *Peters*-Zülpich-Klosterhoven, *Pette*-Hamburg, *Pfannmüller*-Augsburg, *Pfeifer*-München, *Philipps*-Remscheid, *Pittrich*-Frankfurt a. M., *Plischke*-München, *Pönitz*-Halle, *Pohlisch*-Bonn, *Prött*-Dortmund; *Quademechels*-Koblenz, *Quensel*-Leipzig; *Rapmund*-Rasemühle, *Rath*-Weißenau, *Recktenwald*-Andernach, *Reese*-Frankfurt a. M., *Reese*-Madisson (USA.), *Rehm*-Bremen, *Reichardt*-Würzburg, *Reingardt*-Halberstadt, *Reinwein*-Gießen, *Reiß*-Mainkofen, *Reitter*-Wien, *Resch*-Frankenthal, *Richard*-Göttingen, *Richen*-Neuß, *Riebeling*-Hamburg, *Riederer*-München, *Rinck*-Dresden, *Rodenberg*-Oppeln, *Roeder*-Göttingen, *Roemer*-Illenau, *Roemer*-Stuttgart, *Roemmelt*-Niedermarsberg, *Roesch*-Kaufbeuren, *Rössing* —, *Röttgen*-Würzburg, *Romberg*-Würzburg, *Rosenhagen*-Berlin, *Rottmann*-Berlin, *Rotzinger*-Lübben, *Rüdin*-München, *Runge*-Bonn, *Rust*-Mühlhausen, *Rustige*-Rotenburg/Hann., *Rutkowski*-Schwäb. Hall, *Sanders*-Hagen, *Saupe*-Hamburg-Langenhorn, *Sawade*-Kassel, *Schäfer*-Düsseldorf-Kaiserswerth, *Schäfgen*-Düren, *Schaltenbrand*-Würzburg, *Scharpf*-Magdeburg, *Scharrer*-Frankfurt/M., *Scheid*-München, *Scheiderer*-Frankfurt, *Scheunert*-Erfurt, *Schieke*-Jena, *Schiese*-Herborn, *Schilling*-Münster, *Schimmelpfeng*-Köln, *Schmeel*-Heppenheim, *Schmidt*-Tübingen, *Schmidt-Kraepelin*-Heidelberg, *Schmiz*-Neuruppin, *Schmorl*-Pirna-Sonnenstein, *Schneider*-Heidelberg, *Schneider*-Weilmünster, *Schneider*-Münster, *Schnitzler*-Bedburg, *Scholz*-München, *Schretzmann*-Emmendingen, *Schröder*-Chemnitz, *Schröder*-Leipzig, *Schuch*-Erlangen, *Schubert*-Bonn, *Schuchardt*-Darmstadt, *Schükri-Aksel*-Istanbul, *Schulte*-Berlin, *Schulte*-Jena, *Schulte-Estroy*-Wilhelmshafen, *Schult-*

Digitized by Google

heiß-Frankfurt/M., *Schultz*-Berlin, *Schultze*-Göttingen, *Schulz*-Leipzig-Dösen, *Schulze*-Berlin-Lichtenberg, *Schulze-Kahleiss*-Hofheim, *Schumacher*-Bonn, *Schumacher*-Warstein, *Schunck*-Schleswig, *Schwabe*-Plauen/V., *Schwarz*-Berlin, *Segerath*-Essen, *Seidl*-Düsseldorf-Grafenberg, *Seige*-Bad Liebenstein, *Sehr*-Gießen, *Seuberling*-Würzburg, *Siebert*-Finnland, *Simm*-Bad Oynhausen, *Simon*-Gütersloh, *Sioli*-Düsseldorf, *Sitzler*-Teupitz, *Sommer*-Gießen, *Spatz*-München, *Speer*-Lindau, *Stadler*-Frankfurt, *Staudacker*-Saarbrücken, *Stern*-Süchteln, *Steinbrecher*-Düren, *Steinmeyer*-Bremen, *Stemmler*-Wiesbaden, *Stemplinger*-Nürnberg, *Stender*-Riga, *Steuber*-Göttingen, *Stertz*-Kiel, *v. Stockert*-Halle, *Störring*-Göttingen, *Stoltenhoff*-Dresden, *Struwe*-Neustadt, *Stüber*-Hildesheim, *Stumpfl*-München, *Stutte*-Tübingen, *Tauer*-Frankfurt/M., *Teichert*-Eichberg, *Telle*-Berlin, *Thelen*-Frankfurt/M., *Thiele*-Berlin-Herzberge, *Thums*-München, *Tietze*-Jerichow, *Tönnis*-Würzburg, *Töppich*-Lübeu, *Tophoff*-Bremen, *Troeger*-Bonn, *Trunk*-Straubing, *Urban*-Wien, *Utz*-Gabersee, *Vieten*-Jerichow, *Villinger*-Bethel, *Vogel*-Berlin, *Waller*-München, *Walther*-Neustadt, *Wallrapp*-Lohr, *Wegener*-Amelsbüren, *Wegener*-Düsseldorf-Grafenberg, *Weicksel*-Hubertusburg, *Weigel*-Gießen, *Weißenfeld*-Bunzlau, *Weißgerber*-Schkeuditz, *Weißschedel*-Konstanz, *v. Weizsäcker*-Heidelberg, *Wenzel*-Uchtspringe, *Werner*-Bonn, *Weßkott*-Weißenau, *Widmann*-Frankfurt, *Wiehl*-Berlin, *Willige*-Ilten, *Winkel*-Bedburg-Hau, *Wittenberg*-Neinstedt, *v. Witzleben*-Kreischa, *Wohia*-München, *Wolff*-Katzenelnbogen, *Wolff-Lübe*-Wiesbaden, *Wolter*-Speyer, *Wolter*-Berlin-Lichterfelde, *Wrede*-Rottenmünster, *Ziehen*-Stralsund, *Zillig*-Bayreuth, *Zimmer*-Bonn, *Zülch*-Würzburg, *Zur*—.

(23 Namen unleserlich, zusammen 427 eingeschriebene Teilnehmer.)

1. Sitzung der Neurologischen Abteilung (23. August 1936).

Vorsitz: Eröffnungssitzung *Rüdin*-München, wissenschaftliche Sitzung: *Pette*-Hamburg.

Eröffnungsansprache des Vorsitzenden Professor Dr. *Rüdin*.

Verehrte Anwesende!

Hiermit heiße ich Sie zur Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater herzlich willkommen. Ich begrüße den Vertreter des Herrn Reichsministers des Innern, des Heeres-Sanitätswesens, der Universität, die sonstigen Vertreter der Behörden von Partei, Staat, Ärzteschaft und Presse und alle Mitglieder und Gäste von nah und fern und ganz besonders auch die Herren Kollegen aus dem Auslande.

Meine Damen und Herren! Eine traurige Pflicht gebietet mir, zunächst unsrer Toten zu gedenken. Seit unsrer vorjährigen Tagung sind, soweit uns bekannt geworden ist, folgende Mitglieder unsrer Gesellschaft verstorben:

Prof. Dr. *Bouman*-Utrecht, Med.Rat Dr. *Brennecke*-Uchtspringe, Prof. Dr. *G. Bucura*-Wien, Direktor Dr. *Eha*-Rottenmünster, Dr. *E. Feuchtwanger*-München, San.Rat Dr. *Fraenkel*-Lankwitz b. Berlin, San.Rat Dr. *Gellhorn*-Goslar, San.Rat Dr. *Havemann*-Hildesheim, Prof. Dr. *Heymann*-Berlin-Charlottenburg, Prof. Dr. *Hans König*-Bonn, Prof. Dr. *Max Laehr*-Naumburg, San.Rat Dr. *Lantzius-Beninga*-Wiesbaden, Prof. Dr. *Ludwig Mann*-Breslau, San.Rat Dr. *Max Mann*-Dresden, Oberarzt Dr. *E. Maschmeyer*-Langenhagen, Prof. Dr. *Carl Mayer*-Innsbruck, Dr. *Emil Mester*-Preßburg, Dr. *Modes*-Oldenburg, Dr. *P. Nieuwenhuysse*-Utrecht, Dr. *Poensgen*-Bad Nassau, Prof. Dr. *H. Prohazka*-Brünn, Landes-Ob.Med.Rat Dr. *Schütte*-Langenhagen, Dr. *Trømmel*-Heidelberg und Prof. Dr. *Walter*-Bremen.

Digitized by Google

Sie haben sich zu Ehren der Verstorbenen von Ihren Plätzen erhoben. Ich danke Ihnen.

Unsere heurige Tagung steht im Zeichen der Beziehungen der Blutkrankheiten zum Nervensystem, der Hirnpathologie und der Psychotherapie.

Man hört jetzt in den Psychiatrischen Kliniken oft die Meinung, die Hirnanatomie und Pathologie habe ihre Hauptrolle für die Psychiatrie ausgespielt. Richtig ist, daß die Entdeckungen auf diesem Gebiete sich nicht mehr so überstürzen wie früher. Und unsere Erwartungen von einem glatten Parallelismus zwischen krankhafter Geistestätigkeit, Gehirnbau und Lokalisation krankhafter Vorgänge sind wesentlich zurückgeschraubt. Allein die Neurologie und Psychiatrie, welche heute mehr denn je ihre Förderung von der inneren Medizin und Physiologie, von der Hormon- und Vitamin-Lehre, von der Stoffwechsellehre und der Erbbiologie her erwarten, sind doch nach wie vor undenkbar ohne fortwährende Kontrolle ihrer klinischen Befunde durch den Anatomen und Histopathologen des Zentralnervensystems und des ganzen übrigen Körpers. Das ist nicht bloß unerläßlich für das Ziel einer Individualtherapie, die in den letzten Jahren besonders in der Neurochirurgie ihre Triumphe feiert, sondern auch für die immer feinere Unterscheidung äußerer und erblicher Ursachen, deren Beseitigung ja je nach Individualtherapie oder Erb- und Rassenpflege ganz verschiedene Wege zu gehen hat.

In der Erb- und Rassenforschung und -Pflege hat aber die Gehirnanatomie und Gehirnpathologie freilich ihre große Mission erst noch zu erfüllen. So trivial es klingen mag, es besteht kein Zweifel, daß man heute noch vielfach mit der Feststellung, daß etwas Organisches, etwas Neurologisches vorliege, in erster Linie nicht an etwas vorwiegend erblich, sondern vorwiegend umweltbedingt Entstandenes denkt, obschon das in so vielen Fällen gar nicht bewiesen ist, sondern empirisch genealogisch erst noch festzustellen wäre. Von diesem Gesichtspunkte aus ist daher eine Hirnpathologie der Sippe zu fordern, die allerdings sich nicht begnügen darf mit dem, was dem Obduzenten zufällig in irgendeinem Krankenhaus auf den Sektionstisch fällt, sondern die von langer Hand unter Zuhilfenahme auch einer entsprechenden, die Obduktion zur Pflicht des Arztes machenden Gesetzgebung, sich eine Organisation schaffen muß, welche die postmortale Nachschau von möglichst vielen, in großen Zeitabständen voneinander sterbenden Blutsverwandten bestimmter Hirn- und Nervenkranker gestattet. Es gibt sicher eine viel größere Zahl von pathologisch anatomisch nachkontrollierbaren familiären Nerven- und Geisteskrankheiten, als man das heute ahnt, und viele von den schon bekannten Krankheiten bedürfen noch näherer Ergänzung durch histopathologische Untersuchungen.

Die Frage der Psychotherapie ist wie diejenige der sonstigen Individualtherapie eine Hauptaufgabe unsrer Gesellschaft und unser letztjähriger Entschluß, möglichst alle brauchbaren und tragbaren psychotherapeutischen Richtungen im Schoße unsrer Gesellschaft zu Worte kommen zu lassen, wird sich hoffentlich an unsrer heutigen Tagung und an unseren weiteren Versammlungen verwirklichen. Die Psychotherapie ist nach Auffassung unsrer Gesellschaft ein integraler Bestandteil der Psychiatrie und Neurologie und soll von diesen nicht abgespalten werden. Beide würden in Forschung, Praxis und Lehre verlieren, wenn sie getrennt marschierten. Daß das psychotherapeutische, wie individualtherapeutische Wirken überhaupt seine Grenzen am erb-

Digitized by Google

lich Verankerten hat, welches nur durch Erb- und Rassenpflege zu beseitigen ist, wird uns nie hindern, Individualtherapie und also auch Psychotherapie mit derselben Hingebung wie früher zu pflegen, insofern sie, auf solider Diagnostik beruhend, begründete Aussicht auf Erfolg hat und nicht allzusehr auf Kosten des gesunden Lebens geht.

An der praktischen Erb- und Rassenpflege wird in Zukunft nun auch der Neurologe insofern intensiver beteiligt sein, als durch Übereinkommen nunmehr auch die heredodegenerativen Nervenkrankheiten, bei denen prognosemäßig über kurz oder lang Verunstaltungen des Körpers sich einstellen, in den Kreis der unfruchtbar zu machenden Träger schwerer erblicher Mißbildungen einbezogen werden müssen.

Ein unerschöpfliches Feld der praktischen Anwendung gesicherten Wissens, sowie der Forschung hat sich aber dem Nervenarzt und Psychiater aufgetan in der neuen Ehegesundheitsgesetzgebung, die nicht bloß Eheverbote, sondern eine ärztliche Eheberatung nach den verschiedensten Richtungen hin vorsieht und die den Einsatz unsres ganzen diagnostischen und erbbiologischen Könnens und unsrer ganzen Verantwortung dem Einzelnen und dem ganzen Volke gegenüber erfordert, die uns aber auch zahllose Probleme erst zu lösen aufgibt.

Auf diesem Gebiet, im Hinblick auf das hohe Ziel der Erb- und Rassenpflege, die Beratungs- und Forscherarbeit aufzunehmen, ist, neben dem weiteren Ausbau der Behandlung des Einzelkranken, die Hauptaufgabe unsrer Gesellschaft. Ihre Arbeit vollzieht sich im stillen. Versagt sie, so werden nicht nur die deutschen Spitzenleistungen, von deren Ruhm die Welt ertönt, bald zurückgehen, sondern es wird vor allem der gute Gesundheits- und Begabungsdurchschnitt des deutschen Volkes leiden müssen, der für den entscheidenden Wettbewerb gegen andre Völker und für die Kulturleistungen im Innern die Bedeutung der Höchstleistungen an Wichtigkeit noch bei weitem übertrifft.

Unsere Verhandlungen werden auch dieses Jahr allen für Erb- und Rassenpflege interessierten Kreisen zeigen, wie zentral wichtig gerade für Zwecke der Rassenhygiene des Staates die Diagnostik auf neurologisch-psychiatrischem Gebiete ist, wie wichtig es daher ist, daß die Behörden nichts versäumen, um die Ausbildung einer genügenden Zahl guter und entsprechend ihrer Tüchtigkeit, Bedeutung und Leistung besoldeter Ärzte zu gewährleisten, damit die Aufgaben der deutschen Erb- und Rassenpflege richtig erfüllt werden können. Die Vielseitigkeit auch unsres heurigen Programmes wird sicherlich auch in diesem Jahre wieder zeigen, daß alle unsre Bestrebungen in letzter Linie darauf gerichtet sind, Neurologie und Psychiatrie in all ihren mannigfachen Auswirkungen auch in den Dienst der Erb- und Rassenpflege zu stellen.

Und so lassen Sie uns denn auch zu Beginn der heurigen Verhandlungen den Erneuerer unserer Anschauungen über Medizin im Dienste der Erb- und Rassenpflege begrüßen und stimmen Sie mit mir ein in den Ruf: Unser Führer Adolf Hitler Sieg Heil!

Ich habe heute morgen an den Herrn Reichskanzler und Führer das folgende Huldigungstelegramm gerichtet: »Dem Führer und Reichskanzler sendet die Gesellschaft deutscher Neurologen und Psychiater bei Eröffnung ihrer wissenschaftlichen Jahresversammlung ehrerbietigen Gruß und das Gelöbnis treuer Mitarbeit im Dienste am deutschen Volke.«

Digitized by Google

Dem Herrn Reichs-Innenminister, mit dem unsre Zusammenarbeit eine besonders innige ist, habe ich folgendes gedrahtet: »Die in Frankfurt tagenden Neurologen und Psychiater begrüßen den Herrn Reichs- und Preußischen Minister des Innern und geloben, am hohen Ziele der rassischen Gesundung und Erstarkung des deutschen Volkes nach besten Kräften mitzuarbeiten.« Herr Ministerialrat Dr. Linden und Seine Magnifizenz Herr Professor Dr. Platzhoff, Rektor der Universität der Stadt Frankfurt, begrüßten die Gesellschaft.

Vom sächsischen Gesundheitskommissar, Herrn Ministerialrat Dr. *Wegner* in Dresden ging ein Begrüßungstelegramm im Auftrag des sächsischen Herrn Ministers des Innern ein.

Der Führer und Reichskanzler erwies der Gesellschaft die Ehre, ihr mit folgendem Telegramm zu antworten:

»Für die freundlichen Grüße der Teilnehmer an der wissenschaftlichen Tagung der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater danke ich herzlich. Ich erwidere sie mit besten Wünschen für erfolgreiche weitere Mitarbeit im Dienst am deutschen Volke. Adolf Hitler.«

Herr Reichsminister des Innern drahtete: »Der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater danke ich für die freundlichen Grüße bestens. In voller Anerkennung der von Ihnen für die Gesundheit und insbesondere für die Erbgesundheit des Deutschen Volkes geleisteten Arbeit wünsche ich der Tagung einen gedeihlichen Verlauf. Reichsminister Dr. Frick.«

Nach Schluß der Eröffnungsfeier übergab *Rüdin* den Vorsitz an *Pette*-Hamburg, welcher zunächst folgende Ansprache hielt:

Als ich auf der ersten Jahresversammlung unserer neugegründeten Gesellschaft im vergangenen Jahr die Leitung der neurologischen Sektion übernahm, war es für mich eine selbstverständliche Pflicht zu betonen, daß alles geschehen müsse, die Entwicklung der deutschen Neurologie in jedweder Weise zu fördern, unbeschadet der Zusammenschweißung unserer früheren Gesellschaft deutscher Nervenärzte mit dem deutschen Verein für Psychiatrie. Bei einer Heraushebung der Neurologie als einer Sonderdisziplin in Lehre und Forschung müssen wir uns — dies hob ich im vergangenen Jahre bereits hervor — stets bewußt sein, daß die Neurologie eine ausgesprochene Grenzwissenschaft ist, die als solche nach allen Seiten hin ein doppelt wachsames Auge haben muß, um mit Hilfe von neugewonnenen Erkenntnissen anderer Disziplinen ihr Arbeitsfeld ständig zu erweitern, wodurch, wie gerade die letzte Zeit gelehrt hat, manche bisher ungelösten Probleme einer Klärung nähergebracht werden können. Ich denke hier z. B. an die Eingliederung der Therapie der Hirntumoren in den Aufgabenkreis der Neurologie und die sich aus der Vielseitigkeit dieses Stoffes ergebenden Einblicke in die pathophysiologischen Vorgänge innerhalb des Zentralnervensystems, ferner an die Erforschung der Chemie der Hormone und Vitamine, die sich für die Pathogenese gewisser animaler, aber auch vegetativer, bislang oft als funktionell schlechtweg geltender Erkrankungen als äußerst fruchtbar erwiesen hat, schließlich an die Auswertung biologischer Erkenntnisse für das große Gebiet der Infektionskrankheiten des Nervensystems.

Die soeben skizzierte Struktur der Neurologie gewinnt außerdem eine besondere Bedeutung im Gesamtrahmen der Medizin, insofern durch die dem Neurologen besonders obliegende Beschäftigung mit den zentralnervösen Re-

Digitized by Google

gulationen die Notwendigkeit einer Ganzheitsbetrachtung des Organismus prägnanter aufgezeigt wird, als dies anderen zum Teil größeren Disziplinen der Medizin möglich ist.

Wie im vergangenen Jahr die Neurologie durch das Thema der Erbkrankheiten engste Interessengemeinschaft mit der Psychiatrie bewiesen hat, so führt unser heutiges Referatsthema »Blutkrankheiten und Nervensystem« in das große Gebiet der inneren Medizin, zu der wir nach wie vor als einer unserer Mutterdisziplinen die stärksten Bindungen fühlen. Und es ist wohl nicht zu viel gesagt, wenn ich behaupte, daß nur die Neurologie ein Anrecht auf Anerkennung als selbständige Wissenschaft hat und fruchtbar sein kann, die weitgehend mitverankert ist in Fragestellungen der inneren Medizin. Die gleichzeitige Erkrankung des Nervensystems bei Störungen im hämatopoetischen System ist schließlich nur eine davon. Die Wechselbeziehungen des Nervensystems zu den Kreislaufstörungen, Magen-Darmkrankheiten, zu den Stoffwechselanomalien, Ernährungsschäden einschließlich der Avitaminosen u. a. m. stehen heute im Brennpunkt neurologischen Interesses. Meines Erachtens können wir hier nur weiterkommen, wenn wir physiologisch-chemische bzw. kolloidchemische Erkenntnisse und Arbeitsmethoden mit einbeziehen in unsere Fragestellungen für die Pathogenese bestimmter Krankheiten des Nervensystems, bei denen sich die Forschung bisher beinahe ausschließlich mit morphologischen Befunden begnügt hat. Es will fast scheinen, als läge hier z. B. der direkte Weg zur Erkenntnis der Pathogenese mancher degenerativer neuro-myopathischer Erkrankungen, zu denen bisher im wesentlichen nur die Anatomie das erklärende, aber uns ätiologisch und pathogenetisch nicht weiterbringende Substrat liefern mußte. Und schließlich spricht manches dafür, daß eine nach dieser Richtung erweiterte Arbeitsmethodik den Sammelbegriff »Konstitution«, dessen wir uns meistens mangels klarer Vorstellungen gar zu häufig bedienen, mehr und mehr auflösen wird, ohne damit freilich einer für ärztliches Handeln absolut notwendigen Ganzheitsbetrachtung Abbruch zu tun.

Für unser heutiges Thema haben interne Kliniker grundlegende Vorarbeiten geleistet. Ich nenne nur Namen wie *Lichtheim, Minnich, F. Schultze* und *Strümpell.* Freilich zeigt sich auch hier wieder, daß dem Wesen neurologischer Komplikationen bei Erkrankungen des hämatopoetischen Systems nur gerecht werden kann, wer die Anatomie des Nervensystems beherrscht. Die Anatomie ist und bleibt ein unerschütterlicher Eckpfeiler am Gebäude der Neurologie. Hatte doch *Leichtenstern* das von ihm erstmalig beobachtete Bild einer Hinterstrangataxie bei Fällen von perniziöser Anämie noch als Tabes mit Anämie beschrieben. Erst *Nonnes* Arbeiten haben hier auf Grund einer sorgfältigen histologischen Durcharbeitung die damals noch sehr verworrene Frage der Beziehungen der funikulären Myelose zu den kombinierten Systemerkrankungen geklärt. Ohne auf die weitere Geschichte unseres heutigen Themas einzugehen, möchte ich nunmehr unseren Referenten, von denen jeder zu seinem Teil wichtige Bausteine zu diesem Arbeitsgebiet herbeigetragen hat, das Wort erteilen.

Bericht: Blutkrankheiten und Nervensystem.

1. *Schilling*-Münster: Klinische Übersicht.

Ref. bespricht in einem historischen Überblick die Entwicklung der Blutlehre, die erst in ihrem weiteren Ausbau die heute erkennbaren engen

Digitized by Google

Beziehungen zum Nervensystem erkennen ließen. Die einfache morphologische Blutuntersuchung konnte nur symptomatisch einige Einzelheiten zur Diagnostik beitragen, insbesondere die Aufdeckung leukämischer Infiltrate in nervösen Organen. Wesentlicher war die von *Arneth* angebahnte qualitative Blutbilderfassung, die die feinen Anzeichen entzündlicher Prozesse aufdecken lehrte, und die vom Vortr. besonders betonte »unspezifische Bedeutung« des Blutbildes, die in immer verfeinerter Methodik heute die Sonderung »funktioneller« und »organischer« Neurasthenien mit besonderer Bedeutung für die Gutachtenmedizin gestattet. Der früher sehr große Bereich der angeblich funktionellen Neurasthenie ist sehr eingeengt auf Psychopathen und echte Neurosen, da sich in der Mehrzahl der Fälle die Neurasthenie als Ausdruck allgemeiner organischer Umstellungen erweisen ließ. Auch ein Teil der Psychosen erweist sich nach der Blutbildkurve als somatisch verknüpft.

Mit der Aufdeckung einer gesetzmäßigen Blutzellendynamik durch die »biologische Leukozytenkurve« wurden die Fragen nach der grundlegenden Regulation immer lebhafter und haben, besonders in den *Hoff*schen Untersuchungen, zur Aufdeckung einer sehr komplizierten Verknüpfung zwischen vegetativem Nervensystem, endokrinen Organen, Blutchemie und Blutbildgestaltung geführt. Augenscheinlich handelt es sich dabei um einen im Dienste der Abwehrleistung des Körpers gegen äußere und innere Schädigungen arbeitenden Regulierungsapparat, den Vortr. als »Entzündung« des ganzen Organismus und »Fernwerkzeug« im Sinne von *Rößle* auffaßt.

Die engste Beziehung aber besitzt vorläufig von klinischen Gesichtspunkten aus die »funikuläre Medullose« bei der Anämia perniziosa zum Blutsystem. Die theoretische Aufklärung des Zusammenhanges läuft dank der Entdeckung des *Minot-Murphy*schen Antiperniziosaprinzipes und der *Castle*schen Erforschung des Magens als Ursprung des »intrinsic factors« dieses Prinzipes über ein höchst kompliziertes System hormonaler endogener und vitaminöser exogener Faktoren, die praktisch für die Heilbarkeit auch der Nervenerkrankung in engster Verbindung mit der Beseitigung der charakteristischen megalozytären Blutbildung von höchster und erst in den Anfängen geklärter Wichtigkeit ist. Da Blut und Nerven gemeinsam den Organismus zu einem Ganzen erst verbinden, so ist die enge Verknüpfung ihrer Regulierungen verständlich und für die moderne holistische Auffassung der medizinischen Forschung von überragender Bedeutung.

2. *F. W. Bremer*-Berlin: Die Klinik der funikulären Spinalerkrankung.

Die funikuläre Spinalerkrankung (f. Sp.) ist nur zum Teil mit der perniziösen Anämie (p. A.) verbunden. Sie kommt bei sehr vielen Allgemeinerkrankungen vor. Die Gruppe der Avitaminosen (Pellagra, Sprue, Beri-Beri, Skorbut) zeigt bei allen Verschiedenheiten manche Parallelen mit der perniziösen Anämie, vor allem werden funikuläre Veränderungen gefunden; auch die »Vielgleisigkeit« des krankhaften Geschehens ist charakteristisch. Neurologische und hämatologische Bilder sind weitgehend voneinander unabhängig. Die klinischen Bilder entsprechen auffallend wenig den anatomischen Befunden. Eindrucksvoll ist der Wechsel der klinischen Bilder, die funktionelle Komponente. Die Bilder sind so variabel wie bei keiner anderer nervösen Krankheit. Eine Symptomtrias ist aber fast immer vorhanden, um die sich alle anderen Merkmale herumranken: Die Parästhesien, die frühe Schä-

Digitized by Google

digung der Tiefenempfindung und die motorische Schwäche, die in echte Parese mit Entartungsreaktionen übergehen kann. (Eine Filmvorführung zeigt den eigenartig müden Gang der Kranken, Zeitlupenaufnahmen demonstrieren die Unsicherheit der Gelenkfixierung.) Es ist unmöglich, besondere Typen, etwa nach dem Krankheitsverlauf, herauszustellen, wie es immer versucht wurde. Die psychischen Störungen sind nicht typisch »perniziös«, großenteils handelt es sich um symptomatische Psychosen. Die Blutliquorsperre ist schon in Frühfällen gelockert. Die Auffassung von der Kapillarbedingtheit der funikulären Herde findet eine Stütze in der Beobachtung, daß die Hauptkapillaren schon in Frühfällen eindeutige Störungen zeigen, und zwar, bevor Blutveränderungen nachweisbar sind. (Demonstration der Kapillarbilder.) Es gibt Frühbilder der f. Sp. mit und ohne p. A., die jahre- und jahrzehntelang stationär bleiben können. Meist klagen die Kranken über allgemeine neurasthenische Beschwerden, über vage Magen-Darmstörungen usw. Pathogenetisch ist eine Zusammenstellung der z. T. recht atypischen Blutkrankheiten und der zahlreichen Formen von f. Sp.en wichtig, die auf Leberbehandlung reagieren. Die Gruppe der Avitaminosen (s. o.) reagiert mindestens teilweise auf Leber. Auffallend ist die Tatsache, daß ein plötzliches Zuviel von Frischkost bei allen Avitaminosen eigenartige, z. T. tödliche Psychosen hervorrufen kann. Das ist auch für die p. A. bekannt. Es gibt Kranke, deren Blutkrankheit schnell gebessert wird, die aber an ihrer f. Sp. zugrunde gehen (Demonstration). Die *Biermer*sche Krankheit steht im Zentrum sich schneidender Kreise, in den Schnittpunkten beginnt sie. Die Kreise brauchen sich aber nicht zu schneiden. So kommt es, daß nicht bei allen f. Sp.en Leber wirksam ist. Allmählich hat sich die Leberbehandlung trotz anfänglich scharfer Kritik auch für die f. Sp. durchgesetzt. Es kommt sehr auf die Art und Dauer der Behandlung an. Rohleber wirkt besser als die peroralen Leberpräparate. Ausgezeichnet ist das *Gänßlen*sche Campolon. Versuche mit Vitamin B (Betaxin [I. G.-Farben]) (Betabien [Merck]) sind theoretisch begründet und bisher vielversprechend.

3. *G. Bodechtel*-Hamburg: Pathologisch-anatomischer Teil.

Bei allen möglichen Blutkrankheiten können Veränderungen am Zentralnervensystem auftreten, die je nach ihrer Lokalisation eine entsprechende klinische Symptomatologie zur Folge haben. Im wesentlichen sind hier 4 Reaktionstypen zu nennen: 1. größere Blutungen in das Gehirn, Rückenmark oder dessen Häute. 2. Die sogen. Hirnpurpura in Form der bekannten Ringblutungen oder Ringwallherde. Bei der Leukämie sehen wir innerhalb dieser Ringblutungen je nach Art der Leukämie entweder Lymphblasten oder Myeloblasten, weil es nicht »rot« sondern »weiß« blutet. 3. Sogen. »Infiltrate«, die hauptsächlich bei der Leukämie bzw. Chlorom und Myelom vorkommen und makroskopisch häufig als Blutung imponieren, weil es in sie hineingeblutet hat. Sie sitzen entweder im Gehirn oder in den Häuten bzw. subdural und können zu Kompressionen des Cerebrum oder Rückenmarks mit entsprechender Symptomatologie Anlaß geben. 4. Allgemeine Kreislaufstörungen in Form von Erweichungen und Erbleichungen. Diese werden nicht nur bei der Leukämie als Pallidumerbleichung ähnlich derjenigen bei der Kohlenoxydvergiftung beschrieben, sondern auch bei hochgradigen sekundären Anämien. Aber auch an der Rinde können sich Kreislaufstörungen nach Art der von *Spielmeyer* als »Erbleichung« bezeichneten

Digitized by Google

Veränderungen manifestieren, die gelegentlich auch neurologische Symptome wie Hemiplegie, Aphasie usw. hervorrufen. Bei der Polyglobulie, also bei der mit Blutüberschuß einhergehenden Erkrankung, finden sich hauptsächlich Zirkulationsstörungen nach Art von Blutungen und Erweichungen, insbesondere im Hemisphärenmark. Ein Unterschied hinsichtlich der pathol. Veränderungen am Z.N.S. zwischen den genuinen (*Vaquez* und *Geisböck* Formen) und den symptomatischen Polyglobulien, wie sie bei der Kohlenoxydvergiftung, angeborenen Herzfehlern beobachtet werden, besteht nicht. 5. Besonders eingehend werden die Pathologie und Pathogenese der funikulären Spinalerkrankung besprochen. Das Wesen des funikulären Prozesses gipfelt in 3 Punkten: 1. die primäre Läsion ist der sog. funikuläre Herd. Er ist durch fokalen Markscheidenschwund ausgezeichnet. 2. Diese Herde treten mit Vorliebe ortsgebunden auf, und zwar im Gebiet der langen Rückenmarksbahnen, also innerhalb des Hinterstrangsareals, dann aber auch am Pyramiden- und Kleinhirnseitenstrang, Pyramidenvorderstrang, aber nicht nur innerhalb dieser Systeme. Sie halten sich weder an den Querschnitt noch an die Längsausdehnung der Fasersysteme und imponieren auch bei länger dauernden Prozessen durch den starken subakuten Fettabbau. Sie verschonen zunächst die Wurzeleintrittszone in die graue Substanz. Die peripheren Nerven werden nur bei sehr fortgeschrittenen Fällen und dann meist terminal geschädigt. Veränderungen an ihnen gehören nicht zum Wesen der funikulären Spinalerkrankung. 3. Der Prozeß betrifft fast ausschließlich das Rückenmark, läßt den Hirnstamm frei; nur im Großhirnmark gibt es gleichfalls fokale Markscheidenausfälle. An zahlreichen Querschnitts- und Frontalschnittsserien werden die Verhältnisse demonstriert. In pathogenetischer Hinsicht ist die früher vertretene Anschauung von einer Störung der groben Gefäßversorgung abzulehnen. Besonders im Längsschnitt läßt sich nachweisen, daß Fasergruppen, wie z. B. die hinteren Wurzeln bei ihrem Durchlaufen eines stark degenerierten Fasersystems erhalten bleiben, was bei einem vaskulären Prozeß nicht der Fall wäre. Die von *Bremer* vertretene Anschauung, daß sich das schädigende Agens innerhalb des Kapillargebietes auf das Nervensystem auswirkt, kommt den Tatsachen am nächsten. Aber sie gibt keine Erklärung, warum die Herde mit Vorliebe innerhalb der Areals der langen Bahnen auftreten. Eine Schädigung auf dem Liquorwege ist wohl deshalb abzulehnen, weil das periventrikuläre Gebiet des Hirnstammes völlig verschont ist. In Anlehnung an *Spielmeyer* kann man von einer echten Entzündung im Sinne der »Myelitis« nicht sprechen. Treten perivaskuläre Infiltrate auf, dann hängen diese zweifellos von dem lebhaften Angebot von Abbauprodukten ab. Sie sind also als symptomatische Entzündung zu deuten. Ausschlaggebend für die Frage eines möglichen Behandlungserfolges ist das Verhalten der Achsenzylinder. Es läßt sich bei nicht zu alten Fällen einwandfrei feststellen, daß die Markscheiden vor den Achsenzylindern erkranken. Auch für den funikulären Prozeß gilt der von *Spielmeyer* aufgestellte Grundsatz, daß die Markscheiden viel empfindlicher als der Achsenzylinder sind. Aus dieser Tatsache lassen sich sowohl die Erfolge als auch die Mißerfolge der Lebertherapie verstehen. Der von englischen Autoren vertretene Standpunkt einer günstigen Wirkung der Leber auf die Glia ist nicht stichhaltig. Die gliösen Reaktionen sind weitgehend abhängig vom Prozeßstadium. Schon vor der Einführung der Lebertherapie wurde im Schrifttum immer wieder darauf aufmerksam gemacht, daß dieser oder jener

Digitized by Google

Fall stärkere gliöse Reaktionen aufweise; zum Teil hängt dies mit konstitutionellen Faktoren zusammen. Eine stärkere Fasergliose bleibt aus, wenn der Fettabbau noch sehr ausgedehnt ist. Daß die Lebertherapie fähig ist, den Prozeßcharakter zu beeinflussen, konnte von *Bielschowsky* und *Bowmann* nachgewiesen werden. Auch der Referent beobachtete einen seit vielen Jahren behandelten Fall, bei welchem histologisch im wesentlichen das Bild der unvollständigen kombinierten Systemerkrankung resultierte. Man kann sich vorstellen, daß bei Stillstand des Prozesses die kleineren Herde verwischt werden und nur noch in jenen Bezirken ein stärkerer Markscheidenausfall imponiert, in welchem es teils durch Zusammenfließen größerer Herde, teils durch sekundäre Degeneration nach vorangegangenem, weitgehendem Untergang der Achsenzylinder zu ausgedehnten Sklerosen im Bereich der langen Rückenmarksbahnen gekommen ist. Ref. weist auch auf die Ergebnisse vergleichender anatomischer Untersuchungen bei Affen hin, bei welchen insbesondere *Schob* und *Scherer* nicht nur innerhalb des Hemisphärenlagers, sondern auch an den Sehnerven und am Rückenmark zahlreiche Entmarkungsherde mit subakutem Fettabbau beschrieben haben, die eine weitgehende Ähnlichkeit mit dem funikulären Prozeß beim Menschen aufweisen. *Gärtner* ist es gelungen mittels intrazerebraler Impfung diesen Entmarkungsprozeß — auf anscheinend gesunde Tiere zu übertragen. Es fehlen allerdings noch Bestätigungen von anderer Seite, aber immerhin ist diesem Ergebnis für die Zukunft Beachtung zu schenken, denn es kann von größerer Tragweite auch für andere Entmarkungsprozesse, wie für die multiple Sklerose und die diffuse Sklerose schließlich auch für die sog. Systemerkrankungen werden. Ref. betont, daß auch in Zukunft zur weiteren Klärung des schwierigen Problems der Schädigungen des Nervensystems bei Blutkrankheiten die engste Zusammenarbeit des Klinikers und Morphologen notwendig sein wird.

Vorträge:

A. Bingel-Hamburg: Die Bedeutung der Porphyrine für die Pathogenese gewisser neurologischer Krankheitsbilder.

Nach einleitenden Ausführungen über die verschiedenen heute bekannten Porphyrine und die einzelnen Krankheitsformen der Porphyrie wird die Frage der Pathogenese neurologischer Komplikationen bei solchen Erkrankungen besprochen. Die bei der Porphyrie beobachteten polyneuritischen oder spinalen Krankheitsbilder könnten entweder durch direkte endogen-toxische Wirkung des Porphyrins auf die nervöse Substanz entstanden sein, oder indirekt auf dem Wege über eine Schädigung des Gefäßsystems; auf der anderen Seite ist nicht ausgeschlossen, daß das Porphyrin nur ein Symptom der vorliegenden komplizierten Stoffwechselstörung ist, und daß ein uns heute noch unbekanntes Stoffwechselprodukt das eigentlich Toxische für den Organismus ist. Zur Klärung dieser Fragen wurden experimentelle Untersuchungen angestellt, über deren ersten Teil berichtet wird. Es war nicht möglich, im langdauernden Versuch, durch subkutane Injektion verschiedener Porphyrinarten beim Meerschweinchen krankhafte Erscheinungen an Gehirn, Rückenmark oder peripheren Nerven hervorzurufen. Eine direkte toxische Wirkung der Porphyrine auf das Nervensystem ließ sich also im Tierversuch nicht feststellen. Weitere Versuche werden auf der Basis einer experimentellen Leberschädigung angestellt werden, da die Leberfunktion wahrscheinlich bei der komplizierten menschlichen Stoffwechselstörung eine entscheidende Rolle spielt.

Digitized by Google

Godehard Goralewski-Düsseldorf: Anoxämie und Zentralnervensystem.

Es wird eine Versuchsanordnung beschrieben, mit der es gelingt, bei normalem Atmosphärendruck gleichmäßigen Anstieg und Abfall der Sauerstoffkonzentration im Atemgemisch zu erzeugen und somit einen wichtigen Anteil der den Flieger in großen Höhen angreifenden Umweltsbedingungen zu ebener Ebene zu rekonstruieren. Die durch die veränderten Umweltsbedingungen hervorgerufenen zentralnervösen Ausfallserscheinungen werden mit Hilfe des Schriftprobenvergleiches und der Einzelbeobachtung klinischer Teste analysiert. Die im anoxämischen Experiment festgestellten Veränderungen werden an Hand eines Filmes demonstriert. Es handelt sich in erster Linie um Störungen, die den durch das extrapyramidale System gesteuerten Bewegungsmechanismen zuzuordnen sind. Die Filmanalyse ergibt Störungen im Sinne von Tremor, Ataxie, Athetose und Adiadochokinese. Auf dem Höhepunkt der Erscheinungen zeigt das voll ausgeprägte Bild der Höhenkrankheit klonische und tetanische Krämpfe, teilweise auch völligen Tonusverlust. Nach dem Gesichtspunkt der zeitlichen Folge geordnet treten zuerst der Tremor, dann die Ataxie, dann Athetose und dann Adiadochokinese auf. Es wird die Frage erörtert, wie weit Beziehungen zwischen dem phylogenetischen Aufbau des Z.N.S. und den im anoxämischen Experiment darstellbaren Ausfallserscheinungen bestehen.

H. U. Guizetti und *R. Prött*-Dortmund. Vorgetragen von *R. Prött*-Dortmund: Zur Frage der Liquorbefunde bei funikulärer Spinalerkrankung.

Es wird berichtet über Liquorbefunde bei etwa 80 Fällen von perniziöser Anämie mit funikulären Erscheinungen. Typische Veränderungen sind dabei nicht nachweisbar. In einem Teil der Fälle finden sich zwar gewisse Verschiebungen der Eiweißverhältnisse, die aber im Bezug auf den organischen Prozeß im Rückenmark nichts Sicheres aussagen.

E. Hampel-Hamburg: »Über Gehirnveränderungen beim Morbus Addisonii.«

Vortragender berichtet über einen eigenartigen Hirnbefund bei einem 23jährigen Addison-Kranken, bei dem sich seit 8 Jahren eine Braunfärbung der Haut und eine hochgradige Mattigkeit entwickelt hat und der akut in einem delirant komatösen Zustand zum Exitus kommt. Es findet sich eine sklerosierende Erkrankung des Hemisphärenmarks, gekennzeichnet durch profuse gliöse Wucherungen mit nur periventrikulär stärker ausgebildeter Entmarkung und Sklerose ohne wesentliche Fettabbauerscheinungen. Besonders auffallend sind dichte Makrophageinscheidungen und Neubildungen mesenchymaler Fibrillen an den Gefäßen, auch außerhalb der diffusen gliösen Wucherungen in der gesamten weißen Hirnsubstanz, besonders auch im Pons. Unter Hinweis auf die sonst bekannten Beziehungen zwischen peripheren Organerkrankungen und Gehirnveränderungen (z. B. bei Leber- und Blutkrankheiten, endokrinen Störungen usw.) wird die Möglichkeit erörtert, daß die Hirnveränderungen durch die schweren Stoffwechselstörungen und Autointoxikationen bei der Addisonschen Krankheit bedingt sind. Das histopathologische Strukturbild paßt zur Annahme eines toxischen Prozesses. Eine familiäre Belastung des Patienten im Sinne der diffusen Sklerose besteht

Digitized by Google

nicht. Es wird auf eine analoge Beobachtung von *Siemerling* und *Creutzfeld* einer sklerosierenden Enzephalomyelitis bei Bronzekrankheit hingewiesen.

H. Stadler-Frankfurt a. M.: Weitere Untersuchungen zum Wilson-Pseudosklerose-Problem.

Der Vortragende knüpft an an seine »Histopathologischen Untersuchungen zur Frage der Beziehung zwischen Leber- und Gehirnveränderungen«, in denen der Beweis erbracht worden ist, daß fast alle jene Veränderungen im Bereich des Z.N.S., wie sie bisher als anatomisches Korrelat der Erkrankungen der W.-Ps.-Gruppe bekannt sind, hepatogen entstehen können. Die damals ausgesprochene Vermutung, es könnten dabei irgendwelche (konstitutionell bedingte?) Stoffwechsel-Anomalien eine Rolle spielen, konnte inzwischen durch morphologische und chemisch-serologische Untersuchungen bei W.-Ps.-Fällen bestätigt werden.

In einer Reihe von *Wilson*lebern wurden histologisch Zellkernveränderungen nachgewiesen, die charakterisiert sind durch starke Kernaufblähung, hochgradigen Verlust der Kernchromatinstruktur und ein dadurch bedingtes eigenartig homogenes Aussehen, das außerordentlich stark an das Bild der *Alzheimer*schen nackten Gliakerne erinnert. Als Kerninhalt konnte histochemisch Glykogen nachgewiesen werden, das sich normaler Weise nur im Leberzellprotoplasma findet.

Diese Leberveränderung ist identisch mit den schon früher von *Hübschmann* und *Askanazy* besonders bei Diabetikern beschriebenen »Glykogenkernen«, die bis heute als anatomisches Substrat einer Kohlehydratstoffwechselstörung angesehen werden. Es wird vermutet, daß die Entstehung der *Alzheimer*schen nackten Gliakerne (»Leberglia«) auf ähnliche Ursachen zurückzuführen sei, zumal die Möglichkeit granulärer Eisenspeicherung für diese Zellen nachgewiesen werden konnte. Vorgenommene Glykogenfärbungen zeigten ein negatives Ergebnis, was zu erwarten war, da Glykogen im Z.N.S. schon in den ersten Minuten post mortem fast vollständig zerfällt. Auffällig erscheint immerhin, daß *Alzheimer*kerne fast nur in der grauen Substanz vorkommen, deren Glykogen- bzw. Kohlehydratumsatz nach tierexperimentellen Erfahrungen bis zum zehnfachen desjenigen der weißen Substanz beträgt.

Pathophysiologische Erwägungen, die an diese Befunde geknüpft wurden, ergaben als Arbeitshypothese die Annahme einer Störung sowohl im vegetativ-nervösen wie im endokrin-hormonalen Gleichgewicht bei W.-Ps., vielleicht mit besonderer Beteiligung des Adrenalinsympathikussystems und der Nebennierenfunktion überhaupt.

Stoffwechsel- und Laboratoriumsuntersuchungen an einem *Wilson*- und einem Pseudosklerosekranken brachten eine gewisse Bestätigung insofern, als viele Befunde sich mit einer Nebennierenschädigung in Zusammenhang bringen lassen unter Zugrundelegung der von *Thaddea* 1936 angegebenen Nebennierensymptomatologie. Wahrscheinlich liegt eine Störung des gesamten Stoffwechsels vor.

Beide Kranke zeigten:

stark positiven Urobilin- und Urobilinogengehalt im Harn; Zucker und Eiweiß negativ;

pathologische Werte bei der Leberfunktionsprüfung durch Galaktosebelastung;

Digitized by Google

normale Werte bei der Leberfunktionsprüfung durch Bilirubinbelastung;
enorme Bluteindickung;
normalen Blutzuckerspiegel;
Cholesterinämie;
erhöhten Permeabilitätsquotienten für Chlor von über 1.0;
Die Blutzuckerkurve nach Adrenalinbelastung ergab verschiedene Werte (1 cm^3 i. m.):
Wilson: Typ übernormaler Reizbarkeit des Adrenalin-Sympathikussystems.
Pseudosklerose: Typ unternormaler Reizbarkeit des Adrenalin-Sympathikussystems (Addisonkurve!).

Die Zusammenhänge der Stoffwechselstörung mit der Leberveränderung müssen noch geklärt werden; es ist noch nicht bekannt, ob sie ihr über-, unter- oder gleichgeordnet sind oder ob nicht noch andere Stoffwechselstörungen eine Rolle spielen.

Die Kohlehydratstoffwechselstörung bei W.-Ps. in Verbindung mit der Leberveränderung und anderen Stoffwechselanomalien lassen daran denken, ob hier nicht ähnliche Prozesse eine Rolle spielen wie bei der zuerst von *v. Gierke* als Kohlehydratstoffwechsel-Erkrankung sui generis beschriebenen »Glykogenspeicherungskrankheit«, bei der allerdings bisher weder Glykogenkerne noch eine Leber-Zirrhose festgestellt worden sind.

Zu dem verschiedentlich nachgewiesenen Kupferreichtum in Organen von W.-Ps.-Kranken (Hornhautring!) erscheint gerade im Hinblick auf die Kohlehydratstoffwechselstörung die Feststellung der letzten Zeit wichtig, daß Kupfer im Organismus eine Rolle im Kohlehydratstoffwechsel spielt. (Insulinsparende Wirkung des Kupfers bei Diabetikern, Glykolyse-hemmende Wirkung bei Krebszellen, Thyroxin-entgiftende Wirkung usw.)

Nachprüfung der obigen Ergebnisse und weitere Stoffwechseluntersuchungen bei W.-Ps. erscheinen notwendig.

Scharrer-Frankfurt a. M.: Gefäß und Nervenzelle.

Während wir bei der Glia morphologisch faßbare, wenn auch physiologisch noch wenig bekannte enge Beziehungen der Zellen zu den Blutkapillaren beobachten können, ist uns andererseits nichts über ein besonderes Verhältnis der Nervenzellen zu den Kapillaren bekannt. Ein solches läßt sich aber bei vergleichenden Untersuchungen des Nervensystems von Wirbellosen und Wirbeltieren in verschiedenartiger Form feststellen. So können die Nervenzellen in manchen Fällen sich nach den Gefäßen richten und den Kontakt mit der Gefäßwand suchen. Diese perivaskuläre Anordnung der Nervenzellen kommt vor im Nucleus supraopticus des Menschen und der Säuger und besonders auffällig in den großen Optikusganglien der Tintenfische. Bei den Wirbellosen bestimmt die Gefäßversorgung weiterhin nicht nur die Anordnung, sondern vielfach auch die Gestalt der Ganglienzellen. Die Gefäße können sich aber auch nach den Nervenzellen richten und es kommt so bei Zellen mit lebhaftem Stoffwechsel und hohem Sauerstoffbedürfnis zur Ausbildung von perizellulären und endozellulären Kapillaren. Sie werden gefunden in den *Betz*schen Riesenzellen der vorderen Zentralwindung des Menschen, in den sekretorisch tätigen Hypothalamuskernen des Menschen, der Säuger und niederer Wirbeltiere und in Gestalt reicher Kapillarnetze im Zellplasma der großen

Digitized by Google

supramedullären Ganglienzellen des Rückenmarks gewisser Knochenfische. Vielleicht läßt sich in Anwendung dieser Befunde auf die Gehirnpathologie das verschiedene Verhalten der einzelnen Zellelemente mancher Kerngebiete bei Kreislaufstörungen zu ihren individuellen Gefäßverhältnissen in Beziehung setzen.

Aussprache:

Becher-Frankfurt a. M.: Im Anschluß an die schönen Untersuchungen *Schillings* zwischen Blutmorphologie und Nervensystem möchte ich ganz kurz ein rein chemisches Problem berühren, welches die Abhängigkeit nervöser Symptome vom chemischen Blutbefund zeigt. Ich meine die echte Urämie mit ihren charakteristischen psychischen Veränderungen (*Volhard, Kleist, Becher*). Infolge von Niereninsuffizienz steigen intermediäre Eiweißabbauprodukte, aber auch Darmgifte im Blut an. Sie gehen auch in die Gewebe. Die Darmgifte gehen aber zunächst nicht in Liquor und Gehirn über. Diese Darmgifte werden in Darmwand, Leber, Lunge, auch im Blut selbst weitgehend entgiftet. Wahrscheinlich entgiften noch andere Organe. Das Nervensystem hat nun bei einem Anstieg der Darmgifte infolge von Niereninsuffizienz in der Blutliquorschranke eine besondere Vorrichtung, die das Eintreten dieser jetzt auch chemisch bekannten und in Blut und Geweben nachgewiesenen Substanzen (*Becher*) in das Gehirn hinein verhindert. Wenn nun aber die Entgiftung der Darmgifte bei Niereninsuffizienz nicht mehr geht, treten unentgiftete Darmgifte in Blut und Geweben auf (*Becher*) und dann kommen erst die schweren körperlich-seelischen Veränderungen der echten Harnvergiftung. Gleichzeitig erfolgt auch ein Übertreten von Darmgiften in den Liquor hinein. Dieses Übertreten in das Gehirn ist wahrscheinlich die Ursache der psychischen Veränderungen der echten Urämie. Dafür spricht noch die Tatsache, daß die Wirkungen einiger Darmgifte (Phenol, Indol, Amine) dem Bilde und auch den psychischen Störungen der echten Urämie entsprechen. Das gilt für die chronische Phenolvergiftung, aber auch für die Indolvergiftung. Wir kennen auch Amine, die in ähnlicher Weise psychische Symptome erzeugen. Die neueren chemischen Untersuchungen über die Frage der Selbstvergiftung haben diesem Problem sichere Grundlagen gegeben. Es ist anzunehmen, daß sowohl in der Psychiatrie wie in der inneren Medizin die Darmgifte für die Entstehung mancher Erkrankungen von größter Bedeutung sind.

Lottig-Hamburg: 1. Hinweis auf die Mitteilungen aus der *Nonne*schen Klinik über gebesserte funikuläre Myelosen von 1929/30. Das Dogma von der Nichtbesserung der Nervenstörungen bei der *Biermer*-Anämie ist noch weit verbreitet und muß immer wieder zerstreut werden.

2. Das Verhalten des Menschen unter Sauerstoffmangel (Anoxämie) bietet für den Neurologen und Psychiater viel Bemerkenswertes. Im Flugzeug selbst werden etwas größere Sauerstoffmängel ertragen als in der Kammer oder am Rückatmungsgerät. Auch darf der negative Ausfall des Höhenversuchs nicht überwertet werden, da auch psychogene Momente mitsprechen; eine Wiederholung des Versuchs ist dann notwendig, ehe eine Ablehnung der Höhentauglichkeit ausgesprochen werden darf. — Die psychischen Veränderungen bei Anoxämie sind übrigens nicht zufälliger Art. Oft ist es so, daß echte primäre Seiten der Persönlichkeit erhalten bleiben oder verstärkt werden, während unechte Neuerwerbungen des Charakters (künstliche Sicherheit, übertriebenes Geltungsbedürfnis usw.) eher oder später abfallen. Der

Digitized by Google

Anoxämieversuch besitzt aber auch einen diagnostischen Wert für die Charakterologie und Psychopathologie.

Kroll-Breslau: zeigt Fälle von Ulkus des Magens oder Duodenums, bei denen sich die gleichen Erscheinungen wie bei der Perniciosa nachweisen ließen. Das Blutbild war normal, eine Achylie konnte ausgeschaltet werden, die Ulcera waren röntgenologisch einwandfrei geklärt.

Diese Befunde sprechen für *Bodechtels* Vergleich der funikulären Myelosen mit der Nephrose. Die funikuläre Myelose ist eben eine »Zehrkrankheit«, die bei allen möglichen Allgemeinerkrankungen auftreten kann.

Demonstration eines Gehirns mit Leptomeningitis hämorrhagica an einem 36jährigen Patienten mit hämorrhagischer Diathese, der unter den Erscheinungen einer akuten Meningealapoplexie moribund eingeliefert wurde.

Demme-Hamburg: Die Liquorveränderungen bei der funikulären Myelose sind nicht abhängig von der Schwere des klinischen Bildes, sondern von der Akuität des Prozesses. Zur Symptomatologie der funikulären Myelose wird über einen Fall von typischer funikulärer Myelose mit perniziös-anämischem Blutbild berichtet, bei dem sich eine Abnahme des Sehvermögens auf $^5/_{35}$ und eine inkomplette reflektorische Pupillenstarre entwickelte (normaler Augenhintergrund, keine Gesichtsfelddefekte). Unter der Lebertherapie kehrten nicht nur die erloschen gewesenen Patellarreflexe wieder, sondern auch die Augensymptome bildeten sich fast restlos zurück.

Schilling-Münster weist auf andere Beweise der Gewebsrestitution hin. Auch bei Glossitis wird die Zungenoberfläche sichtbar wiederhergestellt und die Papillen wachsen scheinbar wieder. Mit *Teitge* stellten wir im Gastroskop auch die Verdickung der Magenwand in einigen Fällen fest, obgleich die H. Cl. sehr selten wiederkehrt. Ob man diese Veränderungen mit *Siemens*, *Zacher* und *Bielschowsky* auch als Folgen vegetativ-nervöser Degeneration betrachten soll, ist zweifelhaft; aber da Restitutionen des Blut- und Schleimhautgewebe gesichert sind: warum soll sich Nervengewebe, das nach *Bodechtel* erst mehr funktionell ohne Achsenzylindervernichtung geschädigt ist, nicht wiederherstellen können? Parästhesien, Minderung des Intellektes, Muskelschwäche und allgemein psychotische Reaktionen, die jeder gute Kenner der Krankheit a. p. anerkennen muß, lassen sich freilich nicht mit dem Reflexhammer kontrollieren und ihre Beseitigung ist doch wertvoll und notwendig. Im übrigen sind auch Wiederkehr von Patellar-Reflexen und Verschwinden des Babinski bei unseren Patienten objektiv an den Nervenkliniken der Charité und Münster festgestellt worden. Das Gefährlichste ist Pessimismus in der Therapie. Wer optimistisch mit guter Naturleber oder Injektionstherapie (mit oralen Extrakten) behandelt, wird nicht Alles nach Wunsch erreichen, aber Vieles und Wertvolles.

Bremer-Berlin glaubt nicht, daß die Kenntnis der von *Becher* in so schöner Weise bearbeiteten Autointoxikationen unser Verständnis für die funikulären Vorgänge im Z. N. S. fördern kann. Es handelt sich bei Vergiftungen sensu strictiori immer um anatomisch und klinisch ganz anders zu beurteilende Störungen. Ref. glaubt nicht an die Unbedingtheit der enterogenen Theorien. Die von Herrn *Kroll* beobachteten zentralnervösen Störungen bei ulcus ventriculi und duodeni mögen Zeichen der sehr bekannten vegetativen Überempfindlichkeit der Ulkuskranken sein. Das Ulcus ventriculi hat mit funikulären Störungen nicht das geringste zu tun.

Digitized by Google

Bodechtel-Hamburg: Bemerkungen zur Äußerung *Demmes* bezüglich der Optionsveränderungen.

Schon *Bielschowsky* hat funikuläre Herde im Optikus beschrieben. Sie sind aber sehr selten! Interessante Beziehungen zur »Neuritis« retrobulbaris, die um so bemerkenswerter sind, als *Nonne* und *Fleischmann*, auch anatomisch typische funikuläre Spinalerkrankungen bei Alkoholikern beschrieben haben.

K. F. Scheid-München: Optische Untersuchungsmethoden und Liquordiagnostik.

Optische Untersuchungsmethoden zur Erforschung biologischer Flüssigkeiten sind deswegen besonders geeignet, weil der Lichtstrahl keine Veränderung in der chemischen Zusammensetzung und in der physikalischen Struktur der Körperflüssigkeiten bedingt. Der Liquor cerebrospinalis ist ein sehr günstiges Objekt für die Spektrophotometrie, mit der wir uns seit längerer Zeit beschäftigen. Die Untersuchungen wurden gemeinsam mit *F. Pruckner* ausgeführt. Es wurde nach der Methode von *Scheibe* gearbeitet. Die Gesamtabsorption des Lichtes in dem Spektralbereich von 230—300 setzt sich zusammen 1. aus der Absorption der Eiweißkörper, 2. aus der Absorption einer großen Reihe von chemisch noch nicht genau charakterisierten Substanzen. Beide Absorptionsanteile lassen sich mit Hilfe der Dialyse durch Zellophanmembranen trennen. Die Extinktionskurve des dialysierten Liquors wird also durch die Eiweißkörper bedingt. Sie erlaubt einen Rückschluß sowohl auf die Menge, als auch auf den Dispersionsgrad der vorhandenen Eiweißkörper. Es läßt sich der Ausfall der Kolloidreaktionen nach den Extinktionskurven voraussagen. — In einer Reihe von nativen Liquores mit niedrigem Eiweißgehalt treten abnorm hohe und steile Absorptionskurven auf, die wir Steilkurven nannten. Sie werden mit Sicherheit durch Stoffe nicht eiweißartiger Natur bedingt. Bei Urämien handelt es sich dabei um Harnsäure, bei anderen Steilkurven um noch nicht näher bestimmbare Substanzen. Steilkurven finden sich u. a. besonders bei akuten schizophrenen Schüben, nicht dagegen bei schizophrenen Defekten und schleichenden Erkrankungen. Es ist zu hoffen, daß durch nähere Charakterisierung der die Steilkurven bedingenden Substanzen sich ein Weg in das noch so dunkle Gebiet der den schizophrenen Psychosen zugrunde liegenden Krankheiten sich eröffnen läßt.

Seuberling-Würzburg: Mikrountersuchungen zum Lipoidstoffwechsel im Liquor.

Nach einem kurzen Hinweis über die angewandte Methodik berichtet der Verf. zunächst über die von ihm gefundenen normalen Phosphatidwerte. Diese stimmen mit den im Schrifttum angegebenen Werten von 22 mg % nicht überein. Der Verf. fand Werte zwischen 0,13 und 0,75 mg % Phosphatid im Liquor. Die Phosphatidkonzentration ist im Ventrikelliquor am geringsten, im Lumballiquor am stärksten. Der Verf. glaubt daher annehmen zu können, daß das Phosphatid nicht aus den Plexuszellen stammt, sondern dem Liquor erst auf seinem weiteren Laufe aus Gehirn, Rückenmark und deren Gefäßen beigemischt wird. Bei etwa 100 untersuchten Fällen von Erkrankungen des Z. N. S. fand er Phosphatiderhöhungen bei Erkrankungen, die mit Lipoidabbau einhergehen. Ein spezifischer Charakter komme diesen Vermehrungen jedoch nicht zu. Ausgesprochene Verminderungen von Lipoid fanden sich bei Hydrozephalus.

Digitized by Google

H. Lehmann-Facius, Frankfurt am Main: Liquoruntersuchungen bei destruktiven Erkrankungen des Nervensystems, besonders bei Schizophrenie.

Es wird eine neue serologische Methode zum Nachweis von Hirn-Lipoid-Antikörpern im Liquor bei destruktiven Hirnprozessen angegeben, mit der auch Abbauvorgänge bei feineren organischen Veränderungen erfaßt werden können.

Die Methode beruht auf der Verwendung der Gehirn-Phosphatid-Fraktion als Antigen, der als Verstärkungsmittel der *Meinicke*-Standard-Extrakt zugesetzt wird. Es handelt sich um eine zentrifugale Flockungsreaktion, bei der absteigende Liquorreihen untersucht werden. Charakteristisch ist dabei das Auftreten einer grobscholligen Flockung in einer optimalen Mittelzone der Liquorverdünnungen in positiven Fällen.

Eine ergänzende Bestätigungsreaktion kann durch Untersuchung der Äther-Auszüge aus Liquoren mittels eines Testliquors in Form einer »Hemmungsreaktion«, die dem Antigennachweis dient, ausgeführt werden.

Auf diese Weise lassen sich chemospezifische Unterschiede in der Affinität der Liquoren gegenüber den verschiedenen Lipoidsubstanzen des Gehirns aufdecken; während z. B. Paralytiker-Liquoren fast ausschließlich mit den undifferenzierten Gesamt-Lipoiden des primären Hirn-Alkohol-Extraktes reagieren, geben besonders von Schizophrenen stammende Liquoren nur mit Gehirn-Phosphatiden positive Reaktionen.

Auf Grund der prozentualen Häufigkeit positiver Hirn-Phosphatid-Reaktionen bei den einzelnen Krankheitsgruppen läßt sich eine »Hirn-Abbau-Reihe« aufstellen, an der die Schizophrenien mit etwa 90% an der Spitze stehen, während manisch-depressive Erkrankungen und Psychopathien, sowie Degenerationspsychosen entweder nur in einem verschwindenden Prozentsatz positiv reagieren oder sich durchweg negativ verhalten. Es besteht deshalb die Möglichkeit, die neue Hirn-Lipoid-Reaktion zur Abgrenzung schizophrener Prozeß-Psychosen gegenüber nicht »destruktiven« endogenen Psychosen und Psychopathien zu verwerten.

Aussprache:

Riebeling-Hamburg: Spektrographische Befunde decken sich weitgehend mit den interferometrischen. Voraussagen für Kolloidausfälle sollten nicht dazu verführen, die Kolloidreaktionen aus dem Eiweißgehalt zu erklären. Eher aus den Lipoidverhältnissen. Spektrographische Kurve beim Tumor müßte erheblich anders ausfallen als bei Paralyse z. B. auch bei gleichem Gesamteiweißgehalt. Das wäre eine Bestätigung der von mir angegebenen Eiweißbefunde bei Tumoren. (Dunkelfeldbild!)

Schaltenbrand-Würzburg: Bei der Untersuchung der Liquores zahlreicher Nervenkranker fallen immer wieder Unstimmigkeiten zwischen dem Eiweißgehalt und dem Ausfall der Mastixkurve auf. Wir sehen sowohl Liquores mit tiefen Mastixkurven und ganz oder nahezu völlig normalem Eiweißgehalt z. B. bei der multiplen Sklerose, andrerseits sehen wir aber auch gelegentlich eine erhebliche Eiweißvermehrung bei normaler Mastixkurve z. B. bei Tumoren. Diese Befunde sprechen dafür, daß die kolloidchemischen Verhältnisse im Liquor mit der Feststellung des Gehaltes an Globulin und Albumin und mit der Aufstellung einer Mastixkurve noch nicht erschöpfend definiert sind. Manches spricht dafür, daß der Gehalt des Liquor an Lipoiden eine entschei-

Digitized by Google

dende Rolle spielt. In der Tat besteht ja das Zentralnervensystem in der Hauptsache aus Lipoiden, und man sollte erwarten, daß Änderungen des Lipoidgehaltes im Liquor diagnostisch viel wichtiger sind als Änderungen des Eiweißgehaltes. Insbesondere gelten solche Überlegungen für jene Krankheiten, die mit einem Zerfall der Markscheiden einhergehen, wie multiple Sklerose, Tabes dorsalis, Neuritis, funikuläre Myelose.

Wahrscheinlich ist nur der Umstand, daß exakte Methoden zur Bestimmung der Lipoidmenge im Liquor bisher noch nicht entwickelt waren, daran schuld, daß dieses wichtige Gebiet bisher noch keine erschöpfende Bearbeitung gefunden hat. Durch die Zusammenarbeit mit Herrn Dr. *Tropp* ist es nun Herrn *Seuberling* gelungen, einige Methoden auszuarbeiten, die eine exakte quantitative Erfassung des Lipoidstoffwechsels im Liquor gestatten. Die Bestimmungen des Phosphatidgehaltes im Liquor, über die *Seuberling* heute berichtet hat, sind nur ein Ausschnitt aus dieser Arbeit und aus diesem Forschungsprogramm. Aus den Ergebnissen von *Seuberling* geht hervor, daß eine Phosphatidvermehrung bei entzündlichen und degenerativen Erkrankungen auftritt, also bei den Störungen, die auch zu einer Eiweißvermehrung im Liquor führen. Ein genauer Vergleich durch Aufstellung eines Phosphatideiweißquotienten wird allerdings erst dann möglich sein, wenn es gelingt die Eiweißmenge ebenso exakt zu bestimmen, wie den Phosphatidgehalt. —

In bezug auf das Ergebnis bei multipler Sklerose hat die Untersuchung zunächst etwas enttäuscht, weil es noch nicht möglich gewesen ist, eine sichere Differential-Diagnose, insbesondere gegen die luischen Veränderungen zu finden. Dafür haben wir aber eine Fülle von Ergebnissen gewonnen, die wir zunächst gar nicht gesucht haben. Die wichtigsten davon erscheinen uns die systematische Phosphatidvermehrung auf dem Wege vom Ventrikel in die Subarachnoidalräume, ferner die Unterschiede in den Liquorbefunden der symptomatischen und genuinen Epilepsie und schließlich die Feststellung des neuen Liquorsyndroms, das sich neben die bekannten Syndrome des degenerativen, des entzündlichen und des Stauungsliquors stellen läßt, ein Syndrom, das in einer auffallenden Verminderung des Phosphaditgehaltes besteht, das wir bei mehreren Fällen von Hydrozephalus und Migräne feststellen konnten. Wir stellen uns vor, daß das Syndrom durch eine starke Beschleunigung der Liquorzirkulation zustande kommt, infolge derer der Lipoidspiegel auf das normale Niveau nicht ansteigen kann. Also sozusagen das Gegenteil des Sperrliquors. Wir möchten für dieses Syndrom den Namen liquorrhoisches Syndrom vorschlagen.

Kleist-Frankfurt: *Kleist* weist auf die praktische diagnostische Bedeutung der Untersuchungen von *Lehmann-Facius* hin, die nichts geringeres bedeuten, als eine Liquordiagnose der Schizophrenie. Wenn dies Ziel mit einer großen Annäherung erreicht scheint, so rührt das daher, daß die klinische Diagnose der Schizophrenie in den von *Lehmann-Facius* untersuchten Fällen ganz einheitlich nach den von *Kleist* vertretenen diagnostischen Merkmalen im Sinne von Defekterkrankungen gestellt worden war und auf diese Weise eine weitgehend einheitliche Gruppe von Kranken erfaßt wurde.

Carl Schneider-Heidelberg: Alle Stoffwechseluntersuchungen bei chronischen Psychosen haben nur dann den Wert echter, mit sonstigen Ergebnissen bei anderen Kranken und Gesunden vergleichbaren Untersuchungen, wenn sie an Patienten durchgeführt sind, die unter normalen Lebensbedingungen stehen:

Digitized by Google

d. h. die Patienten müssen normal schlafen, ohne Schlafmittel, und normal arbeiten, sowie normal und aus eigenem Antrieb essen.

O. Rehm-Bremen: stellt fest, daß bisher bei der Schizophrenie als klinischer Einheit alle biologischen Methoden versagt haben. Es ist also die Feststellung des Vortragenden von größtem Wert. Es wird gefragt, ob bei den verschiedenen Gruppen der Schizophrenie die Ergebnisse dieselben waren.

Ewald-Göttingen: Ich glaube, daß die prinzipiellen Einwände des Herrn *Schneider* wohl auf Urin und Blut angewandt werden können, nicht aber auf den Liquor. Mir sind jedenfalls keine Liquorveränderungen bekannt, die durch die von Herrn *Schneider* angeführten exogenen Faktoren noch je gesetzt worden wären. Ich glaube nicht, daß es angeht, nur auf derartig theoretisch-prinzipielle Erwägungen gestützt die interessanten Ergebnisse des Herrn *Lehmann-Facius* anzuzweifeln.

Scheid-München: Die Beziehungen zwischen Lipoidteilchen und Eiweißteilchen sind sehr innige. Die einzelnen Teilchen finden vermutlich sich nicht getrennt nebeneinander, sondern die einzelnen Kolloidmiszellen sind aus beiden Stoffen aufgebaut. — Auf die Anfrage von *Riebeling* möchte ich antworten, daß ich über spektrographische Kurven von Tumoren nicht genügend Erfahrung habe. — Bei dieser Gelegenheit möchte ich noch auf die Bedeutung der Cholesterinbestimmung von *Plaut* und *Rudy* hinweisen. — Was den Einwand von *Carl Schneider* anlangt, so sind seine Forderungen eine Selbstverständlichkeit. In meinem Vortrag wurde bereits darauf hingewiesen. Man darf aber an die Erforschung der endogenen Psychosen nicht mit dieser grundsätzlichen Skepsis herangehen. Wo stünde heute im anderen Falle die Serologie der Paralyse?

Seuberling-Würzburg weist darauf hin, daß im allgemeinen zwischen Phosphatid- und Eiweißgehalt eine Parallele zu bestehen scheint, daß aber auch eine Reihe von Fällen mit deutlicher Verschiedenheit beobachtet wurden.

Eine koeffizientenmäßige Erfassung sei jedoch solange nicht möglich, als keine im chemischen Sinne genaue serienmäßig durchführbare quantitative Eiweißbestimmung der Phosphatidbestimmung gegenübergestellt werden könne.

Lehmann-Facius-Frankfurt: Gegen den Einwand von *Schneider*, der den Wert der Liquoruntersuchungen bei Schizophrenen bezweifelt, weil sie sich nicht in »normalen Lebensverhältnissen« befinden, wird versichert, daß sich unter dem untersuchten Liquormaterial ja auch eine große Anzahl anderer Psychosen, z. B. Paralysen und man.-depr. Kranke befanden, die unter den gleichen Bedingungen gehalten waren und trotzdem negativ reagierten. — Es wurden sowohl Katatone als paranoide Sonderformen der Schizophrenie untersucht. Eine wesentliche Verschiedenheit in serologischer Hinsicht wurde bis jetzt nicht festgestellt. — Die Hirnlipoidreaktion war unabhängig von anderen Liquorveränderungen, insbesondere auch vom Eiweißgehalt.

H. Demme-Hamburg: Zur Diagnose otogener Komplikationen von seiten des Nervensystems.

Die Liquoruntersuchung bedeutet einen unentbehrlichen Bestandteil der Diagnostik oto- und rhinogener Erkrankungen des Zentralnervensystems. Schon die unkomplizierte Mastoiditis sowie Empyeme der Stirnhöhlen und der Keilbeinhöhle können zu leichten unspezifischen Liquorveränderungen (Eiweiß- und Zellvermehrung) führen. An praktischen Beispielen wird das Syndrom der »sympathischen Meningitis« herausgearbeitet (Reaktionen der Meningen auf einen in ihrer Nachbarschaft sich abspielenden eitrigen Prozeß). Es findet

Digitized by Google

sich dabei neben den klinischen Erscheinungen einer Meningitis im Liquor eine starke Zellvermehrung (Polynukleose) bei relativ mäßiger Eiweißvermehrung und hohem Eiweißquotienten. Bei einem solchen Befund sollte der Eiterherd möglichst operativ angegangen werden, bevor es zu einem Durchbruch in die Meningen kommt. Richtunggebend für die Art des operativen Vorgehens ist der lokale Befund am Ohr bzw. an den Nebenhöhlen. Bricht der eitrige Prozeß in die Meningen durch und kommt es zu einer allgemeinen eitrigen Meningitis, so schnellen die Eiweißwerte in die Höhe, während der Eiweißquotient absinkt. Auch ein frischer Hirnabszeß kann zu den Liquorveränderungen einer »sympathischen Meningitis« führen. Entscheidend für das therapeutische Handeln sind dabei die klinischen Erscheinungen des Hirnabszesses.

Hempel-Greifswald: Hinweis auf eine in mehreren 100 Fällen bewährte nephelometrische Methode zur Bestimmung des Eiweißgehaltes und des Eiweißquotienten: Füllung und Nephelometrie des Gesamteiweißes mit 65% Alkohol, Füllung und Nephelometrie der »labilen Phase« (praktisch = Globuline), Errechnung der »stabilen Phase« (praktisch = Albumine) und des Quotienten, nachdem die absoluten Eiweißwerte (in mg %, nicht in Teilstrichen) aus einer kjeldahlometrisch hergestellten Eichkurve erhalten sind. Die Methode hat vor allem den von *Demme* geforderten Vorzug der Schnelligkeit — sie dauert wenige Minuten — und ist von erfreulicher Zuverlässigkeit und Übereinstimmung mit den allgemein anerkannten mg %-Werten für das Eiweiß, sowie für den Zahlenwert des Eiweißquotienten.

Mäurer-Bonn: »Über aseptische Meningo-Enzephalitiden blanden Verlaufs.«

Es wird über 4 Fälle von aseptischer Meningo-Enzephalitis berichtet, die in der Bonner Klinik seit Mitte 1935 beobachtet wurden und die sich von den bisher beschriebenen Fällen sowohl durch ihren schleichenden Beginn ohne akute meningitische bzw. enzephalitische Symptome als auch durch ihren symptomarmen blanden Verlauf wesentlich unterschieden. Besonderer Wert wurde auf die Mitteilung von zwei Fällen gelegt, bei denen psychische Störungen Monate hindurch im Vordergrund standen und auch den Anlaß zur Klinikaufnahme abgaben.

Aussprache: *Pette*-Hamburg: Die von dem Herrn Vortragenden mitgeteilten Fälle gehören sehr wahrscheinlich zum Formenkreis der disseminierten Enzephalomyelitiden, wie sie vor Jahren bereits (1926—1930) vielerorts gehäuft beobachtet wurden. Ein gehäuftes Auftreten von Fällen gleichartiger akuter Enzephalomyelitis sahen wir auch im letzten halben Jahre wieder. Für die Pathogenese und nicht zuletzt auch für die Gruppierung dieser Fälle erscheint es von Wichtigkeit, daß im gleichen Zeitabschnitt auch bei vielen Fällen von chronischer multipler Sklerose neue Schübe auftraten.

H. Altenburger-Breslau: »Zur Pathophysiologie psychogener Bewegungsstörungen.«

Gleichzeitige Ableitung der Aktionsströme von Beugern und Streckern zeigt, daß bei aller Mannigfaltigkeit psychogener Zitterzustände immer wieder ein und dasselbe Grundprinzip wiederkehrt, ein rhythmisches Alternieren von Agonisten und Antagonisten. Es ist dies im Kern das gleiche Bewegungsgeschehen wie bei dem Tremor organischer Läsionen und auch dem von jedem Gesunden produzierbaren. Demgegenüber stellen die verschiedenen Kriterien

Digitized by Google

zur Unterscheidung eines psychogenen und eines organischen Tremor nur accidentelle Faktoren dar, die das Wesen des Bewegungsgeschehens nicht berühren. Der Tremor als eine rhythmische Reaktionsweise gehört zu den ontogenetisch frühesten Bewegungsvorgängen, er wird im Verlaufe der Entwicklung zurückgedrängt und tritt wieder in Erscheinung, wenn die mit seiner Dämpfung betrauten Systeme, wie das extrapyramidale alteriert werden. Der gleiche Mechanismus kann willkürlich von jedem Gesunden in Aktion versetzt werden, seine reaktive Auslösung ist an eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur gebunden.

Alexander Rottmann-Wien: Neues zur Pathogenese und Therapie der progressiven Muskeldystrophie.

Vortragender ging in seinen Untersuchungen zur Pathogenese der familiären progressiven Muskeldystrophie von den Erfahrungen der Japanischen *Ken Kuré*schen Schule aus, die auf Grund tierexperimenteller Versuche und pathologisch anatomischer Befunde eine Affektion des peripher-vegetativen Systems annahm. In weiteren in dieser Richtung vom Vortragenden durchgeführten Untersuchungen gelang es diesem mittels der *Minor*schen Methode bei mehreren Fällen eine eindeutige dem Krankheitszustand entsprechende Störung der Schweiß-Sekretion nachzuweisen, die sich auch im histologischen Hautbefund durch atrophische und hypertrophische Schweißdrüsen charakterisierte. Der hierbei erhobene sonstige Hautbefund ergab überraschenderweise generalisierte vaskuläre Veränderungen, die das Bild eines chronischen Reizzustandes zeigten, — wie perivaskuläre Auflockerung mit adventitieller Kernvermehrung und lymphozytären Rundzellinfiltraten. — Stellenweise führte die stark infiltrative Wucherung der Gefäßwandzellen zur Gefäßknospung und Bildung förmlicher Gefäßknäuel.

Der Vortragende zeigte sodann im Lichtbild den histologischen Hautbefund der verschiedenen dystrophischen Formen (wie atrophische Form, pseudohypertrophische Form, scapulo-humeraler Typus, pelvico-femoraler Typus usw.). Alle diese Fälle zeigten den bereits früher erwähnten Hautbefund.

Zur Frage der Kausalität, wie des eventuellen genetischen Zusammenhanges dieser generalisierten Veränderungen mit dem von *Ken Kuré* erhobenen Obduktionsbefund der sympathischen Faserdegeneration, verweist Vortragender auf seine Arbeiten in der Zeitschrift für die ges. Neurologie und Psychiatrie und in der Monatsschrift für Neurologie.

Nachdem nun die klinischen Beobachtungen und der histologische Hautbefund das Bild eines chronisch-infiltrativen Reizzustandes zeigten, erschien dem Vortragenden die Anwendung einer die Körperabwehrkräfte aktivierenden Umstimmungstherapie besonders angezeigt. Dies um so mehr, als bereits *Wagner-Jauregg* im Jahre 1892 über die spontane Heilung eines an Typhus abdominalis erkrankten Dystrophikers berichtete. Es erschien daher die Wahl der an der Wiener Klinik besonders geläufigen und bewährten Infektions-Fieber-Therapie — Malaria — um so geeigneter, als gerade die elektive Wirksamkeit der Impfmalaria auf die chronisch-infiltrativen Prozesse im Sinne einer Heilaktivierung (*Sträußler-Koskinas*) und anderseits ihre unerreichte Wirksamkeit in bezug auf Aktivierung von Abwehrkräften bekannt war (*Bruetsch*).

Vortragender impfte subkutan versuchsweise 7 Fälle mit je 5 ccm Ma-

Digitized by Google

lariablut und nach dem 5. Fieberanfall wurde mittels der üblichen Chinindosen abgebrochen. Bei 3 Fällen handelte es sich um beginnende Dystrophien nach 2—4jähriger Krankheitsdauer mit schubartiger Verschlechterung, der 4. und 5. waren fortgeschrittene Fälle mit schubartiger Progredienz, die beiden letzten Fälle waren stationäre vollentwickelte Dystrophien nach 8—14jähriger Krankheitsdauer.

Die 5 ersten Fälle zeigten bereits 8—10 Tage nach der Kur eine auffallende Kräftigung des Organismus und von allen Behandelten wurde übereinstimmend ein Schwinden der Kopfschmerzen und der Ermüdungsgefühle berichtet. In den darauf folgenden Wochen konnte bei systematisch durchgeführter Übungstherapie eine erstaunlich rasch fortschreitende Steigerung der Leistungsfähigkeit erzielt werden.

Von den 7 Fällen zeigte der frischeste Fall eine fast vollkommene, 3 weitere Fälle eine weitgehende Remission, die auch derzeit noch — 2—6 Monate nach der Kur — besteht, während die stationären Spätfälle außer einem subjektiven Wohlbefinden keine Änderung zeigten.

Vortragender glaubt bei der noch geringen Anzahl von Fällen annehmen zu dürfen, daß eine am Beginne des Leidens besonders zur Zeit progredienter Schübe einsetzende Behandlung einen günstigen Erfolg erwarten läßt, während Spätfälle bloß eine Stationierung des Zustandsbildes bei subjektivem Wohlbefinden zeigen.

Anschließend betont der Vortragende, daß es in keinem Falle bei 5 Fieberstößen zu einer für den Krankheitsprozeß gefahrvollen Abschwächung des Organismus kam.

Nach der Kur empfehlen sich zur Begünstigung der Rekonvaleszenz Roborantia und Höhensonne. Nach dem 10. Ruhetag Einsetzen einer erst vorsichtigen, mit dem Leistungsgrad des Patienten zunehmenden Übungstherapie. (Film-Vorführung.)

H. Petie und *R. Janzen*-Hamburg: Störungen vegetativer Regulationen bei Kranken mit Anfallsbereitschaft.

In der Erschließung des klinischen Materials für die Frage der zentralen Regulation vegetativer Funktionen sind 2 Wege gegeben: 1. Die Erforschung der Auswirkung irgendeines prozeßhaft bedingten abartigen Zustandes z. B. eines Parkinsonismus oder eines Neoplasmas auf die vegetative Sphäre, 2. die Erforschung des Wandels vegetativer Regulationen bei Menschen, die nicht prozeßhaft krank sind, und zwar in besonderen natürlich gegebenen oder künstlich geschaffenen Situationen z. B. beim genuinen Epileptiker in den verschiedenen Phasen der Anfallsbereitschaft oder im vorübergehenden Reizzustand der vegetativen Zentren im Gefolge einer Luftfüllung der Ventrikel. Vortragende haben zunächst den zweiten Weg gewählt, dadurch wird gleichzeitig ein Beitrag zur Frage der Anfallsbereitschaft und des zentralen Fiebers geliefert. Entscheidend ist das Studium der Regulationsabläufe in den verschiedenen Phasen, d. h. die Erfassung des biologischen Längsschnittes. Die Erfassung eines Querschnittes ohne Berücksichtigung der jeweiligen Phase gibt nur wenig Aufschluß. In kleinem Ausschnitt wird berichtet über die Regulation des Wasserhaushaltes, der alimentären Zuckerbelastung, des weißen Blutbildes, des Stoffwechsels u. a. m. Die Untersuchungen an Epileptikern mit generalisierten Anfällen ergaben einerseits ein wandelbares und bei den einzelnen Kranken unterschiedliches Verhalten

Digitized by Google

der Regulationen in den verschiedenen Phasen der Anfallsbereitschaft, andererseits eine auffällige Unbeeinflußbarkeit des Regulationsablaufes durch den Anfall selbst. Die vorliegenden Theorien der Anfallsbereitschaft vermögen nur bedingt die erhobenen Befunde zu erklären. Diese Theorien sind zum großen Teil entstanden durch Verallgemeinerung der bei Provokationsmaßnahmen künstlich geschaffenen Bedingungen zu Bedingungen der Anfallsbereitschaft schlechthin. Da Vortragende wie auch andere Autoren gefunden haben, daß alle bisher angewandten Provokationsmethoden nicht mit ausreichender Sicherheit Anfälle auslösen, so ist den auf ihnen fußenden Theorien eine Allgemeingültigkeit nicht zuzuerkennen. Im Gefolge der Luftfüllung der Ventrikel ergaben sich Befunde, die sich mit den im Tierexperiment gemachten Beobachtungen im zentralen Fieber decken. Es wird über fortlaufende Untersuchungen des Stoffwechsels, des weißen Blutbildes u. a. m. berichtet. Die Tatsache der zentralen Beeinflussung der alimentären Zuckerbelastung konnte durch Beobachtungen in diesem Reizzustand der Zentren erwiesen werden.

Romberg-Würzburg berichtet über 3 Kranke mit Adieschem Syndrom (Pupillotonie mit Hypo- bzw. Areflexie). Auf Grund der anamnestischen Erhebungen wird der Vermutung Ausdruck gegeben, daß die Störung auf einer Avitaminose beruht. Wahrscheinlich handelt es sich um ein pellagraartiges Krankheitsbild.

F. Thelen-Frankfurt: Über einen postenzephalitischen Zustand mit Schrei- und Streckkrämpfen und Störung der Achtsamkeit.

Es wird über einen postenzephalitischen Zustand berichtet, bei dem neben zahlreichen anderen pathologischen Bewegungsabläufen paroxysmal auftretende Unruheerscheinungen in Form von Schrei- und Streckkrämpfen beobachtet werden. Daneben besteht eine Störung der Aufmerksamkeit im Sinne einer Achtsamkeitsstörung. Die Streckkrämpfe werden der Torsionsdystonie und der Athetose gegenübergestellt. Sie werden auf eine Mittelhirnschädigung bezogen.

K. Thums (K.-W.-I. f. Genealog. u. Demograph.), München: Zwillingsuntersuchungen bei zerebraler Kinderlähmung (*Little*scher Krankheit, angeborener spastischer Hemi-, Di- und Tetraplegie).

An einer lückenlosen, repräsentativen Zwillingsserie von 51 Paaren wurden Untersuchungen über die Erbbedingtheit der zerebralen Kinderlähmung (*Little*sche Krankheit, angeborene spastische Hemi-, Di- und Tetraplegie) angestellt. Unter diesen fanden sich 9 eineiige Zwillingspaare, 22 zweieiige Zwillingspaare (von diesen 11 Gleichgeschlechtliche und 11 Pärchen), 19 Zwillingspaare mit kleingestorbenen Partnern (darunter 10 Gleichgeschlechtliche, 8 Pärchen und 1 Paar mit unbekanntem Geschlecht des Partners); bei 1 lebenden gleichgeschlechtlichen Paar konnte die Eiigkeit noch nicht festgestellt werden. Das Probandenmaterial bestand aus 17 spastischen Hemiplegien, 14 spastischen Lähmungen der unteren Extremitäten, 19 spastischen Tetraplegien und 1 Fall einer aus dem Rahmen dieser Untersuchung herausfallenden *Heine-Medin*schen Erkrankung. Außer dieser *Heine-Medin*schen-Krankheit konnten noch 4 andere Fälle festgestellt und aus der Untersuchung ausgeschieden werden, bei denen eine exogene Schädigung in der ersten Lebenszeit des gesund geborenen Kindes vorlag. Somit kamen für die Zwillings-

Digitized by Google

untersuchungen über angeborene zerebrale Kinderlähmung nur 46 Paare in Betracht. Unter den 9 eineiigen Paaren fand sich 1 konkordantes, unter den 20 zweieiigen Paaren fand sich ebenfalls 1 konkordantes Paar. Dieser Befund scheint wohl dafür zu sprechen, daß die Erbanlage bei der Entstehung der zerebralen Kinderlähmung keine entscheidende Rolle spielt. Weiter wurde die Frage geprüft, ob sich in dem Zwillingsmaterial Anhaltspunkte für exogene Ursachen finden ließen. Zu diesem Zwecke wurden die anamnestisch erhebbaren Geburtsschädigungen, die Frühgeburten, die Stellung der Probanden innerhalb der Zwillingsgeburt ausgezählt und außerdem festgestellt, in wieviel Fällen es sich bei den Müttern der Zwillingspaare um eine Erstgebärende oder um eine Mehrgebärende handelte. Die Zusammenfassung dieser Untersuchungen über den Geburtsverlauf und andere Eigentümlichkeiten der Geburt ergab in auffallend vielen Fällen abnorme Verhältnisse, so daß damit eine neue Stütze für die altbekannte Annahme zahlreicher Autoren herbeigebracht werden konnte, daß unter den exogenen Faktoren, die für die Entstehung einer zerebralen Kinderlähmung verantwortlich gemacht werden können, die Geburtsschädigungen eine wichtige Rolle spielen.

II. Gemeinsame Sitzung der neurologischen und der psychiatrischen Abteilung (24. 8. 36).

Bericht von *Kleist*-Frankfurt a. M.: Über die Gehirnpathologie in ihrer Bedeutung für Neurologie und Psychiatrie.

Wenn ich von Gehirnpathologie spreche, so meine ich die allgemeinen Erscheinungen der Gehirnkrankheiten, wie Lähmungen, Sensibilitätsstörungen, Aphasien oder Bewußtseinsstörungen. Die Bedeutung der Gehirnpathologie für Neurologie und Psychiatrie wird dann hauptsächlich in dem Lichte gesehen werden, das von ihr auf die allgemeinen neuropathologischen und besonders auf die psychopathologischen Krankheitserscheinungen fällt.

Den an der Hirnrinde abgrenzbaren Sphären und Zonen entsprechen die Systeme der einzelnen Sinne. Vom Sinnesorgan führt ein sensorischer Teil jedes Systems mit verschiedenen Unterbrechungen bis zur Hirnrinde hinauf, von wo jeweils ein motorischer Teil zur zugeordneten Muskulatuur abwärts führt. Dem sensorischen und motorischen Systemteil, bzw. ihren Rindenzonen, gliedert sich die nur in der Hirnrinde gelegene psychische Zone jedes Systems an.

Die Bedeutung der Gehirnpathologie für die Neuro- und Psychopathologie ergibt sich dann am klarsten, wenn man an diesen Systemen und ihren Gliederungen die krankhaften Störungen verfolgt. Es zeigen sich dann an jedem System 3 mehr oder weniger deutlich abgegrenzte Abschnitte neuropathologischer, hirnpathologischer und psychopathologischer Krankeitserscheinungen.

Die Systeme selbst ordnen sich in die von *Sherrington* aufgestellten 3 Gruppen.

I. Die exterozeptiven Systeme: das Tast-, Hör-, Seh-, Schmeck- und Riechsystem.

II. Das propriozeptive System der Kraft-, Bewegungs-, Dreh- und Lageempfindungen aus den Sinnesorganen des Bewegungsapparates und der Vestibularnerven.

Digitized by Google

III. Die enterozeptiven Systeme der Empfindungen aus den Eingeweiden, Drüsen und Gefäßen.

I. Die exterozeptiven Systeme:

Am Tastsystem, und zwar zunächst an dessen sensorischen Teil umfaßt 1. der neuropathologische Abschnitt die Störungen der peripheren Nerven, der hinteren Wurzeln, der sensiblen Kerne und Bahnen des Rückenmarks.

2. Der hirnpathologische Abschnitt betrifft die sensiblen Bahnen und Zentren — von den Hinterstrangkernen und den sensiblen Hirnnervenkernen an über die mediale Schleife zum Thalamus und von dort durch die innere Kapsel bis zur hinteren Zentralwindung mit den entsprechenden sensiblen Störungen, zu denen auch die postzentrale Formtastblindheit gehört.

3. Der psychopathologische Abschnitt im linken Scheitellappen umfaßt die sensiblen Erkennungsstörungen (Agnosien): Dingtastblindheit und Körpertastblindheit (d. h. Rechts-Linksdesorientierung, Desorientierung am eigenen Körper, sog. Fingeragnosie). Ferner die sensorischen Apraxien (ideokinetische, ideatorische und konstruktive Form).

Wenn ich den 3. Abschnitt des Tastsystems einen psychopathologischen nenne, obwohl er hirnpathologisch bekannt ist, so soll damit angedeutet werden, daß die parietalen Störungen des Tatsystems höherer, feinerer und verwickelter Art sind, daß Gedächtnisspuren an ihnen teilhaben und sie deshalb dem Kern unserer seelischen Verfassung näher stehen. Die Apraxien und die körperliche Desorientierung gehen sehr oft auch mit seelischen Ausfällen auf anderen Gebieten einher — etwa bei einer verbreiteten Hirnarteriosklerose, einer Herdparalyse, einer senilen Hirnerkrankung.

Am motorischen Teil des Tastsystems lassen sich nur neuro- und hirnpathologische Störungen unterscheiden: neuropathologisch sind die peripheren und spinalen Lähmungen. Zu den hirnpathologischen Störungen gehört auch die innervatorische oder gliedkinetische Apraxie, die vom vorderen Teil der vorderen Zentralwindung, dem Felde 6a α ausgeht und in dem Verluste erlernter Fertigkeiten besteht: des Stehens und Gehens vom oberen Teil der vorderen Zentralwindung, der Fingerfertigkeiten vom mittleren, der Laut- und Tonbildung und anderer Mund- und Gesichtsfertigkeiten vom unteren Teil der vorderen Zentralwindung.

Am Hörsystem beschränke ich mich auf den wichtigsten Teil desselben, den der Laut- und Sprachauffassung.

Der neurologische und der hirnpathologische Abschnitt des Lautsystems umfassen die Störungen des Lautehörens bei Erkrankungen von der Schnecke bis zu den Querwindungen des Schläfelappens. Auch die durch Teilverletzung der linken vorderen Querwindung oder durch Unterbrechung der linken Hörstrahlung (nebst Balkenanteil) zustandekommende Lauttaubheit wirkt noch als eine partielle Hörstörung.

Psychopathologisch sind dagegen die höheren Störungen des Sprachverständnisses, die gemäß dem stufenförmigen Sprachaufbau als Worttaubheit (mit literaler Paraphasie), Namentaubheit (mit verbaler Paraphasie und Namenamnesie) und Satztaubheit (mit Paragrammatismen) unterschieden werden können. Wenn gleich diese aphasischen Störungen sämtlich in ihren Hirnzusammenhängen — mit Feldern der hinteren Quer- und Schläfenwindungen — wohl bekannt sind und überwiegend bei Herderkrankungen auf-

Digitized by Google

treten, so sind es doch verwickeltere und teilweise mnestische Leistungen, die bei ihnen ausfallen. Auch ihr häufiges Vorkommen im Rahmen seelischer Erkrankungen (senile Demenzen, Paralyse, symptomatische Psychosen, epileptische Dämmerzustände und Verblödungen) stempelt die sensorischen Aphasien, besonders deren höhere Formen, zu psychopathologischen Erscheinungen.

Gewisse grammatische Störungen der Sprache, z. B. die der Wortwandlung und der Zusammensetzung von Worten und Wortteilen, wie sie bei der Deklination, Konjugation und Komparation geübt werden, kommen mit Vorliebe bei Schizophrenen vor. (Anführung von Beispielen.)

Am Sehsystem reichen der neuropathologische und der hirnpathologische Abschnitt des sensorischen Systemteils von der Netzhaut und den Sehnerven über das Chiasma und den Tractus opticus zum äußeren Kniehöcker und durch die Sehstrahlung bis zur Sehrinde in der Area striata (Feld 17) des Hinterhauptslappens. Vom Tractus an sind die Störungen die gleichen: hemianopische Ausfälle verschiedenen Umfangs und verschiedener Lage, der Art nach Herabsetzungen des Helligkeits- und Farbensehens, des Bewegungs- und Formensehens.

Der psychopathologische Abschnitt des optischen Systems enthält im *Brodmann*schen Felde 19 die optisch-agnostischen Störungen, bei denen trotz vorhandener Formauffassung das Erkennen von Gegenständen und Personen aufgehoben ist: optisch-dingliche Agnosie. Sonderformen bilden die Alexien und die Farbenagnosie.

Außerdem gibt es eine höhere optische Störung, bei der die einzelnen Gegenstände erkannt und vorgestellt werden können, der Sinnzusammenhang zwischen Gegenständen, Personen und Vorgängen aber entgeht oder mißverstanden wird. Die entsprechenden unanschaulichen Denkerlebnisse tauchen nicht in gehöriger Weise auf, und es überwiegen dabei die fehlerhaften Beziehungssetzungen, die gedanklichen Entgleisungen und Vermengungen, die Paralogien, gegenüber einem einfachen Nichteinfallen der Sinnzusammenhänge. Wir können diese höhere Erkennungsstörung daher auch als eine rezeptive (hier optische) Denkstörung mit Paralogien beschreiben. Dieselben Denkfehler wie an optischen Wahrnehmungen kommen auch bei der gedanklichen Verarbeitung optischer Vorstellungen vor. (Anführung von Beispielen bei Hirnverletzten, Paralytikern und Schizophrenen.)

Der motorische Teil des optischen Systems umfaßt die Augen- und Blickbewegungen. Optisch-motorisches Rindenfeld ist wahrscheinlich das Feld 18 im Hinterhauptslappen, das seine Impulse auf dem Wege der optisch-motorischen Bahn im Stratum sagittale internum des Hinterhaupts- und Scheitellappens zum vorderen Vierhügelpaar und weiter durch das hintere Längsbündel zu den Augenmuskelkernen in Mittel- und Nachhirn entsendet.

Die Fixationsbewegungen aus der Umgebung des im Polgebiet gelegenen Makulafeldes sind unerläßlich für das Suchen, Finden und Festhalten optischer Eindrücke und werden dadurch zu Trägern des optischen Ortssinnes (der absoluten optischen Lokalisation), der optischen Aufmerksamkeit und der Sicherheit optisch geführter Bewegungen. Daher treten bei doppelseitiger kortikaler oder subkortikaler Störung der Fixierbewegungen auch auf: Ortsblindheit, Einschränkung des Umfangs der

Digitized by Google

optischen Aufmerksamkeit mit den Folgen der komprehensiven Erkennungs-, Zähl- und Lesestörung, sowie optische Ataxie.

Außerdem gibt es eine örtliche Desorientierung infolge von Verlust der optisch-topografischen Erinnerungsbilder, die mit Hilfe von Blickbewegungen gewonnen wurden. Diese optisch-räumliche Agnosie gehört dem optisch-psychischen Felde 19 und zwar dessen oberem Abschnitte an.

Auch diese Störungen sind nicht nur bei Herderkrankungen, sondern auch bei der diffusen Hirnarteriosklerose, den senilen Erkrankungen, der Paralyse, in epileptischen und symptomatischen Krankheitsbildern zu finden.

Das Schmeck- und das Riechsystem will ich nur streifen, da an denselben nur wenige im engeren Sinne psychopathologische Störungen bisher beobachtet worden sind.

II. Die propriozeptiven Systeme.

Das propriozeptive System kann man als eine Einheit betrachten, wenn auch seine Sinnesquellen verschiedene sind: die Sinnesorgane in der Muskulatur, sowie die Vestibularapparate, die Bewegungs-, Lage-, Dreh- und Kraftempfindungen vermitteln.

Der neuropathologische Abschnitt des Systems umfaßt die Störungen der spinozerebellaren Leitungen (Kleinhirnseitenstrangbahnen), sowie die vestibulären Störungen mit Schwindel, Fallen, Vorbeizeigen, Blickablenkungen und Nystagmus.

Im hirnpathologischen Abschnitt sind die Funktionsstörungen der zentralen Vestibularisleitung durch das hintere Längsbündel zum roten Kern und zum medialen Thalamuskern und weiter zum Stirnhirn enthalten. Die im Kleinhirn gesammelten vestibulären und spinalen Erregungen werden dagegen über den Bindearm zum mittleren ventralen Thalamusgebiet (Kerne va_1 und vb) geleitet und gelangen zur vorderen Zentralwindung. In diesem Abschnitt haben daher auch die Symptome des Kleinhirns ihren Platz.

Von den hirnpathologischen Störungen des frontalen Systemabschnittes sind am wichtigsten: die Erschwerung der Rumpf-, Kopf- und Blickwendungen, der Nystagmus, die Krampferscheinungen mit Augen-, Kopf- oder Rumpfwendungen zur Gegenseite ausgehend von den Feldern 6a β und 8, sowie die Wortstummheit, die von dem dem Felde 8 entsprechenden Rindenbezirk am Fuße der F 3 (Pars. basil.) aus entstehen.

Die psychopathologischen Erscheinungen des Stirnhirnsystems bestehen in Antriebsmangel und in bestimmten Handlungs-, Sprach- und Denkstörungen.

Der Antriebsmangel kann als eine ganz allgemeine Inaktivität einschließlich der Sprache und des Denkens auftreten oder ist mehr oder weniger auf Bewegungen, Sprache oder Denken beschränkt. Die Antriebsleistungen gehen von der Gegend des *Brodmann*schen Feldes 9 aus: in der F_1 für allgemeine Bewegungen, in der F_2 für Denkmimik und Denken, und auf der F_3 ascendenz für die Sprache. Die Herde oder Verletzungen waren meist doppelseitig, für Sprache und Denken zuweilen nur linksseitig. Bei ausgebreiteten und schleichend fortschreitenden Hirn- und Geisteskrankheiten wie den senilen und schizophrenen steigert sich der sprachliche Antriebsmangel nur sehr allmählich zu einer mit den Herdaphasien vergleichbaren Störung, wobei der Sprachschatz immer mehr einschrumpft und gewisse Worte immer einförmiger gebraucht werden (Beispiele).

Digitized by Google

Noch weiter ins Psychische stößt die Stirnhirnstörung vor, die man früher nur auf dem Gebiete der Sprache als motorischen Agrammatismus kannte und die vom vordersten Teil der motorischen Sprachzone (Pars ascendens oder triang. der F_3) abhängt. Bei den motorisch-grammatischen Leistungen handelt es sich um die Bildung geordneter Wortfolgen, wobei die Worte gewissen Abwandlungen und Zusammensetzungen unterliegen. Es ist eine tätige, gestaltende Leistung, auch wenn sie sich in gewissem Umfange gedächtnismäßig erworbener Satzformeln bedient.

Es gibt aber auch eine frontale Apraxie der Handlungsfolge, bei der der Ablauf der Teilbewegungen nicht durcheinander gerät wie bei der parietalen Form, sondern überhaupt nicht zustande kommt, über die ersten Schritte nicht hinausgelangt oder verkürzt und vergröbert erledigt wird.

Schließlich haben Herdverletzungen, Herderkrankungen und hirnatrophische Prozesse (*Pick*sche und *Alzheimer*sche Krankheit, Paralyse) gelehrt, daß vom Stirnhirn aus auch das Denken als gestaltende, aufbauende Leistung gestört werden kann. Die Herstellung gedanklicher Beziehungen fehlt dann oder bleibt unvollkommen, Entgleisungen und Verquickungen treten dagegen zurück. Die so entstehende alogische Denkstörung ist das motorische Gegenstück zu der sensorischen okzipitalen und zugleich paralogischen Denkstörung. (Beispiele von Herdkranken, Paralysen, Schizophrenen.) Der Hirnort der frontalen Alogie ist die Gegend des Feldes 46 auf der mittleren F_2. Auch für die Gedankenbildung besitzt die linke Hemisphäre ein Übergewicht.

III. Die enterozeptiven Systeme.

Auf den Innenempfindungen der Leibesöffnungen, der Geschlechtsorgane, der Eingeweide, Drüsen und Gefäße bauen sich unsere Innenerlebnisse in 3 großen Gruppen auf:

1. Die Systeme der Person, der Triebe, Strebungen und Regungen.
2. Die Systeme des Innenkörpers und der Gefühle.
3. Die Gruppe der enterozeptiven Auswirkungen auf die extero- und propriozeptiven Vorgänge.

Die neuropathologischen Teile der enterozeptiven Systeme fallen zusammen mit den Störungen der vegetativen (sympathischen und parasympathischen) Nerven und ihrer Leitungswege außerhalb und innerhalb des Rückenmarkes.

Die hirnpathologischen enterozeptiven Störungen sind solche der vegetativen Zellgruppen und Faserbündel vom Bodengrau des 4. Ventrikels bis zur hypothalamischen Gegend des Zwischenhirns. Hierhin gehören die zentralen Stoffwechselstörungen und die damit zusammenhängenden Triebstörungen von Durst und Hunger (Diabetes insipidus, Gefräßigkeit), sowie Rückgang, Steigerung oder Abänderung der sexuellen Triebregungen. Ferner können nach *Ranson* durch elektrische Reizung des Hypothalamus sympathische Erregungen bewirkt werden, die denen bei Wut und Furcht entsprechen. Bei Reizung einer kurz vor dem Hypothalamus gelegenen Stelle, in der Umgebung der vorderen Kommissur, kommt es dagegen zu parasympathischen Reizerfolgen.

Die Innenrezeptionen werden — wie die Extero- und Propriozeptionen der Haut und des Bewegungsapparates — dem Zwischenhirne zugeleitet und gelangen z. T. unmittelbar in den Thalamus (mediales Kerngebiet); zum anderen Teil in die hypothalamischen und subthalamischen Kerne

Digitized by Google

(Mammillakörper, Zona incerta, *Forel*sches Feld), von wo sie durch den Tractus mammillo-thalamicus, das Thalamusbündel H_1 und durch periventrikuläre Fasern ebenfalls den Thalamus erreichen können. Der vordere Thalamuskern aber ist die Rinde des Gyrus cinguli und der Regio retrosplenialis verbunden, und der mediale Thalamuskern entsendet Fasern durch den vorderen Thalamusstiel zum Stirn- und Orbitalhirn.

1. Zur Psychopathologie der Person haben nun die Kriegsbeobachtungen ergeben, daß bei Orbitalhirnverletzten Mängel der Gemeinschaftsgesinnungen, Untreue und Lügenhaftigkeit, Betrug und Diebstahl, Unbotmäßigkeit und Hetzerei auftraten, während bei anderen, in gleicher Gegend Verletzten das Selbst-Ich im Sinne von Unreife, Jungenhaftigkeit, läppischen Kindereien, Witzel- und Faxensucht erniedrigt wurde und auf dem Willensgebiete Haltlosigkeit und Süchtigkeit sich einstellten.

Daß die Person aber auch vom Zwischenhirn her gestört werden kann, hat die Enzephalitis gezeigt. Bei den vom Zwischenhirn ausgehenden personalen Störungen treten aber außer Ausfallserscheinungen auch temperamentartige (biotonische) Steigerungen oder Senkungen der Anregbarkeit der zugehörigen Gefühle und Betätigungen auf.

Hebungen des Selbst mit Hochmut und Prahlerei waren bei Hirnverletzten nur gelegentlich zu finden. Am häufigsten sind expansive Zustände bei der Paralyse, wo sie gewiß nicht zufällig oft mit Charakterverschlechterungen einhergehen.

Den paranoischen Zuständen liegen Hebungen und Senkungen der Gemeinschaftsgefühle, oft in Verbindung mit solchen religiöser Art zugrunde: ekstatische Zustände mit überhitzter Nächstenliebe, Opferbereitschaft und religiöser Begnadung — oder persekutorische Verstimmungen mit mißtrauischer und feindseliger Erkältung der Gemeinschaftsgefühle.

Hirnverletzte mit Charakterveränderungen zeigten häufig, besonders unmittelbar nach der Verwundung auch Triebstörungen, besonders triebhafte Zorn- und Abwehrentladungen, manchmal auch sexuelle Übererregbarkeit und Gefräßigkeit. Die von vorne her kommenden Verletzungen griffen in solchen Fällen durch das Orbitalhirn auf das vordere Zwischenhirn und den Hypothalamus über. Auch Tumoren des Zwischenhirns können triebhafte Unruhe bewirken. Seltener kam bei tiefgreifenden Hirnverletzungen eine Senkung der Triebhaftigkeit bis zu stumpf-stuporösem Verhalten vor.

Ähnlich wie die Triebe sind die ihnen verwandten Drang- und Zwangserscheinungen hirnpathologisch zu beurteilen, zumal sie ebenfalls bei der Enzephalitis häufig krankhaft gesteigert sind.

Von hier ist nur ein Schritt zu den Strebungen und Regungen, die bei Hirnverletzten und Herdkranken seltener krankhaft verändert sind, dagegen die Symptomenbilder der Katatonie, der Motilitätspsychosen und gewisser symptomatischer Psychosen beherrschen. Die Strebungen im Sinne der Beharrung (Stereotypie), der Wiederholung (Iteration), der Dauer (Katalepsie), der Nachahmung (Echoerscheinungen), des Gehorsams (Befehlsautomatie), der Bejahung und der Verneinung (Negativismus) entspringen wie die Triebe aus gefühlsartigen Erlebnissen, und das gleiche gilt für die spielerischen Regungen, die sich krankhaft gestört zwischen den Gegensätzen einer hyperkinetischen Steigerung und einer akinetischen Dämpfung des motorischen Temperamentes bewegen. Indem ich der Hirnpathologie

Digitized by Google

der psychomotorischen Störungen von einer anderen Seite, nämlich von den myostatischen Störungen (der Chorea, Athetose und Starre) näher zu kommen suchte, gelangte ich an Hand von Herderkrankungen mit psychomotorischen Erscheinungen an das Zwischenhirn. Es ergab sich aber, daß nicht nur der Thalamus und die sub- und hypothalamische Gegend, sondern auch die Vorderhirnganglien, besonders Caudatum und Pallidum (externum) beteiligt waren. Nach *Ranson* kann bei der Katze Katalepsie — genauer Akinese mit Flexibilitas und Gegenhalten — und Schlaf durch Verletzungen in der Gegend der Mammillarkörper hervorgerufen werden.

2. Auf Ausfallserscheinungen am Körper-Ich weist es hin, wenn ein Hirnverletzter klagte, das Blut im Gehirn sei verdorben, das Gehirn sei ausgetrocknet, der Bauch sei tot. Häufiger war bei Hirnverletzten eine allgemeine körperliche Überempfindlichkeit und Schreckhaftigkeit, die leicht in triebhafte Abwehr überging, oder temperamentartige Senkungen und Hebungen des gesamten körperlichen Befindens: Dysphorie und Euphorie. Obduktionsbefunde und klinische Begleitsymptome sprechen für das Zwischenhirn als Sitz solcher Veränderungen.

Ähnlich waren die dem Körper-Ich nahestehenden reinen Gefühle bei tiefgreifenden, das Zwischenhirn beteiligenden Hirnverletzungen gestört: Ausfallserscheinungen mit Affektlabilität bzw. mit Zwangslachen und -weinen, oder Temperamentsverschiebungen nach der heiteren oder traurigen Seite. Herderkrankungen lehren, daß solche Störungen vom Thalamus ausgehen können.

Diese an Hirnverletzten und Herdkranken gewonnenen Einsichten dienen auch dem Verständnis der eigenartigen hypochondrischen Störungen bei Paralysen und Schizophrenen, sowie der affektiven Veränderungen bei den zirkulären, degenerativen und hysterischen Psychosen und Neurosen.

3. Bei einer dritten Gruppe von Krankheitserscheinungen handelt es sich um die Auswirkungen der Innenleistungen auf extero- und propriozeptive Vorgänge.

Zunächst die Störungen des Eigenerlebens: Einer meiner Kranken (Fall Hess) schien die Teile seines Körpers nicht mehr als seinen Eigenbesitz zu erleben. Wenn er seine Nase, seine Stirne, seinen Hals, sein rechtes Auge zeigen sollte, so zeigte er nach den entsprechenden Körperteilen des Untersuchers. Seine linke Körperhälfte war überhaupt nicht für ihn vorhanden; statt der linken Körperteile wies er die entsprechenden rechten vor. Auch der Bewegungsantrieb vermochte die linksseitigen Körperteile nicht oder nur schwer zu erreichen. Dies und eine begleitende Dyspraxie der linken Hand wies auf eine Erweichung des Balkens hin. Geringe Zeichen rechtsseitiger Apraxie und von Rechts-Links-Desorientierung zeigten ferner eine Erkrankung des linken unteren Scheitellappens an. Doch erklärt das nicht den Verlust des Eigenerlebens für die linke Körperhälfte und teilweise auch für die rechte Seite und für die unpaaren Körperteile. Verständlich wird diese Störung nur durch die Annahme einer Trennung zwischen dem Tastbilde des Außenkörpers im linken unteren Scheitellappen und der Darstellung des Innenkörpers, die wir im Gyrus cinguli und retrosplenialis — links mehr als rechts — vermuten. Ein Herd in nächster Nähe oder vielleicht innerhalb der linken Zwingenwindung würde dann die Krankheitserscheinungen betreffend die rechte Körperhälfte und die unpaaren Körperteile erklären; hinzukommt die Erweichung des Balkens, die den

Digitized by Google

Verlust des Eigenerlebens für die linke Körperhälfte, einschließlich des linksseitigen Antriebsmangels und der linksseitigen Dyspraxie bewirkt.

Die Zwingenwindung und der Balken waren auch in vielen Fällen verletzt, die mit dem *Anton*schen Syndrom des »Verlustes der Selbstwahrnehmung für Störungen« (Lähmung usw.) beschrieben worden sind. Offenbar ist das *Anton*sche Syndrom nur ein Sonderfall von Verlust des Eigenerlebens am eigenen Körper, nämlich für Mängel am eigenen Körper!

Noch größer ist aber die allgemeine psychopathologische Bedeutung verwandter Störungen, die nicht von der Hirnrinde, sondern vom Zwischenhirn und den dort gelegenen Trägern des Körper- und Selbst-Ichs ausgehen. Ich meine die Erscheinungen der Entfremdung (Depersonalisation); denn der der Entfremdung eigentümliche Verlust an Anschaulichkeit von Wahrnehmungen und Vorstellungen geht mit einer peinlich empfundenen Minderung des Ich-Gefühls einher. Auf dem Gebiete des Handelns entspricht der Entfremdung der Verlust des Selbstgefühls beim Wollen, der Willensfreiheit; alles Tun scheint automatisch abzulaufen — oder von anderen Menschen bewirkt und beeinflußt zu sein. Deshalb gehören auch die besonders bei Schizophrenen häufigen Beeinflussungserlebnisse am Tun und Denken, der Gedankenentzug und ähnliches hierher.

Entfremdung wurde bei Thalamustumoren beschrieben und ist auch bei der Paralyse, der Enzephalitis, bei senilen und präsenilen Erkrankungen keine Seltenheit.

Dasselbe gilt für die der Entfremdung verwandten Störungen anderer Eindrucksqualitäten, der Bekanntheit, der Beziehung und Bedeutung mit Ratlosigkeit oder Offenbarung und Eingebung, denen allerdings z. T. keine Herabsetzung, sondern eine Steigerung von Einflüssen zugrunde liegt, die vom Zwischenhirn-Ich auf extero- und propriozeptive Erlebnisse ausgehen.

Bei anderen Krankheitserscheinungen sind Einflüsse gestört, die vom Ich, bzw. von enterozeptiven Vorgängen auf das Vorstellungsleben im weitesten Sinne wirken. Krankhafte Änderungen dieser ich-mäßigen Seiten des Vorstellungslebens sind die Störungen der Merkfähigkeit (der Zeitmarkierung der Erlebnisse), gewisse Trugwahrnehmungen und die Besinnungsstörungen (Schwer- und Leichtbesinnlichkeit, Perseveration und Phantasie). Möglicherweise hängt nicht nur die Merkfähigkeit *(Gamper)*, sondern die ganze subjektive Seite des Vorstellungslebens mit dem System von Mammillarkörpern, vorderem Thalamuskern und Zwingenwindung zusammen, das auch der Träger des Körper-Ichs sein dürfte.

Bei den letzten psychopathologischen Erscheinungen, die ich zu besprechen habe, handelt es sich um verschiedene Wirkzusammenhänge seelischer Vorgänge extero- und propriozeptiver Herkunft unter dem beherrschenden Einfluß ichmäßiger, enterozeptiver Leistungen.

Der Eintritt von Bewußtlosigkeit bei Verletzungen des Nachhirns in der Gegend des vegetativen Vaguskerns setzt voraus, daß von dieser Hirnstelle ein ursprünglicher Wirkzusammenhang äußerer, eigener und innerer seelischer Erlebnisse beherrscht wird, den wir als Urbewußtsein betrachten dürfen. An diesem Gesamterleben gibt es Schwankungen zwischen Bewußtseinsklarheit und Bewußtseinsverdunkelung, die wahrscheinlich von wechselnden sympathischen und parasympathischen Erregungen, d. h. eben von enterozeptiven Vorgängen abhängig sind.

Digitized by Google

Auf einer höheren Stufe, im Zwischenhirn begegnen wir verwandten Einrichtungen in den von hier aus sympathisch und parasympathisch gesteuerten Wirkzusammenhängen von Wachen und Schlafen. Herde, die diese Steuerung störten, lagen in meinen Beobachtungen, übereinstimmend mit den Reizversuchen von *Heß* in den Frontalebenen der mittleren Kommissur.

Um den Kern von Bewußtlosigkeit und Schlaf ordnen sich Absenzen, Dämmerzustände, Narkolepsie, Traumzustände. Auch Krampfanfälle können vom Hirnstamm ausgelöst werden und hängen vielleicht ebenfalls mit einer veränderten vegetativ-nervösen Steuerung zusammen.

Den mehr statischen Gesamtzuständen von Bewußtsein und Wachsein und ihren Gegensätzen stehen die eine Auswahl aus einem seelischen Gesamt bewirkenden, dynamischen Vorgänge des Achtens und Aufmerkens gegenüber, auch sie sind von vegetativen bzw. ichseitigen Leistungen abhängig. Die Achtsamkeit für Sinneseindrücke und die entsprechenden Einstellbewegungen gehen offenbar vom Mittelhirndach aus. Die Aufmerksamkeit im engeren Sinne ist zu einem erheblichen Teil an das Zwischenhirn gebunden. Als Reglerin des Denkens, Handelns und Redens zeigt sie sich in Ideenflucht und Denkhemmung, Inkohärenz und Denklähmung gestört.

Eine andersartige Auswahl erfolgt unter den ergreifenden und verdrängenden Einwirkungen der Suggestibilität, die mit dem dienzephalen Körper-Ich zusammenhängt. Hirnverletzungen mit Schädigung des Zwischenhirns machen den Betroffenen manchmal in einem erhöhten Maße suggestibel, lassen ihn hysterisch reagieren, ohne daß dies seelisch bedingt wäre wie bei der konstitutionellen Hysterie.

Ed. Beck-Frankfurt a. M.: »Sensorische Aphasien.«

Ich habe 1931 in Baden-Baden darauf hingewiesen, wie wichtig es ist, für die genauere Erforschung lokalisatorischer Fragen bei Lösung des Problems von der sensorischen Aphasie, die Herdfälle nach myeloarchitektonischen Gesichtspunkten zu studieren. Dies deshalb, weil der strukturelle Aufbau des Schläfenlappens nicht nur ein sehr komplizierter ist, sondern auch im Temporallappen Gegenden gelegen sind, die für das Hören von Geräuschen, Tönen und Lauten (damit auch Lautfolgen) von größter Wichtigkeit sind. Es kann infolgedessen nicht gleichgültig sein, wo der Herd sitzt, ob vorne im Pol, im supratemporalen Gebiet vor, innerhalb oder außerhalb der Querwindungen (ttr) oder mehr an der Außenfläche von t1, in t2 oder t3. Wenn es nun auch richtig ist, daß die Ausdehnung der Herde im großen und ganzen sich als gefäßbedingt erweist und sich nicht an die Tektonik hält, so ist aber doch, wie wir noch sehen werden, eine Inbeziehungsetzung des Herdes zur architektonischen Struktur immer möglich, ja es kommt auch zum isolierten Erkranktsein von Stellen, die architektonischen Einheiten entsprechen.

Beim Studium von Herdfällen nach architektonischen Gesichtspunkten müssen nun eine Reihe von Voraussetzungen erfüllt sein, die ich kurz zusammenfassen möchte:

1. Es muß dem klinischen Geschehen auch ein anatomisches parallel gehen, d. h. es muß mit der Schwere der klinischen Ausfallserscheinungen auch der anatomische Defekt größer werden.

2. Es muß dabei eine Regelmäßigkeit bestehen, es darf also bei gleich-

Digitized by Google

gearteten klinischen Fällen der anatomische Befund nicht ein unterschiedlicher sein.

3. Man darf nicht von einem einzigen Falle ausgehen, der alles und nichts beweist, sondern man muß eine Reihe von Fällen untersuchen, natürlich eine möglichst große.

4. Man muß die normale Struktur kennen. Dazu bedarf es der Schnittserie eines sog. normalen Gehirns, ein Punkt, der leider viel zu wenig beachtet wird.

5. Es muß das ganze Gehirn in eine fortlaufende Serie zerlegt sein. Das kostet viel Zeit und Geld, ist aber unerläßlich, um die banalsten Einwände von vorneherein unmöglich zu machen und um bei mehreren Herden die Bedeutung des einzelnen für den anderen abwägen und studieren zu können.

Der 6. und wichtigste Punkt ist aber eine vernünftige und kritische Würdigung des Materials vom klinischen Gesichtspunkte aus. Es bedarf dazu nicht nur genauer eindeutiger klinischer Begriffe, sondern man darf auch nur Solches miteinander vergleichen, was vergleichbar ist. Gerade in diesem Punkte wird aber viel gesündigt.

Wissen wir doch, daß eines der Hauptmerkmale für die sensorische Aphasie ihre erhebliche Rückbildungsfähigkeit darstellt. Jeder von uns kennt solche Fälle, die im frischen Stadium schwerste Störungen der sensorischen Sprache zeigen, die sich dann aber im Verlaufe von 3—4 Monaten, oft natürlich auch in kürzerer Zeit zurückbilden, so daß am Schlusse nur noch eine amnestische Aphasie geringen Grades oder nur wenige Paraphasien übrig bleiben.

Man darf infolgedessen nicht einen frischen Herdfall mit einem sogenannten Dauerfall vergleichen, sondern immer nur einen frischen mit einem frischen und einen Dauerfall mit einem ebensolchen. Erst wenn man so sein Material gesichtet hat, kommt man zu brauchbaren Ergebnissen. Man muß also akute Herdsymptome von Dauersymptomen unterscheiden.

Unter Berücksichtigung gerade dieser zuletzt genannten Gesichtspunkte gliedert sich mein vorläufiges Material von 11 Herdfällen in 6 Dauer- und 5 Frischfälle. Einen Dauerfall nehme ich an, wenn seit dem Auftreten der klinischen Erscheinungen ca. 5 Monate verflossen sind. Ob dieser Zeitraum zu kurz oder zu lang ist, muß noch näher untersucht werden.

Ich will nun im folgenden bei der Kürze der mir zur Verfügung stehenden Zeit nur einzelne Bilder von solchen Herdfällen bringen, die sich sowohl klinisch als auch anatomisch wohl von einander unterscheiden. Dabei ist es mir aber nicht möglich das ganze umfangreiche Gebiet der sensorischen Sprachstörungen zu behandeln. Ich will mich beschränken auf Fälle mit einer Worttaubheit im Sinne *Kleists*, ein Begriff, der im Groben mit dem zusammenfällt, was *Wernicke* unter kortikaler sensorischer Aphasie verstanden hat und als deren Merkmale er die gesetzmäßige, auf den Verlust der akustischen Worterinnerungen beruhende Verknüpfung von Sprachtaubheit mit literalparaphasischer Sprachstörung bezeichnete.

Bevor ich aber das 1. Gehirn demonstriere, möchte ich noch an Hand eines Diapositivs einen Überblick über die myelo-architektonische Einteilung des Schläfenlappens, wie ich sie auf Grund früherer Untersuchungen vorgenommen habe, geben. Zur besseren Orientierung gebe ich noch die Rekonstruktion eines Schläfenlappens herum, der die grobe Morphologie klar er-

Digitized by Google

kennen läßt. Solche Rekonstruktionen sind unerläßlich und können, wenn man Schnittserien durch das ganze Gehirn anlegt, auch nicht durch das Pollersche Verfahren ersetzt werden. Zum Vergleich gebe ich noch den rekonstruierten Schläfenlappen eines Taubstummen mit, der nicht nur schwere gefäßbedingte Ausfälle in der Temporalrinde zeigt, sondern dessen ganzer Schläfenlappen beiderseits schwer atrophisch ist.

Es werden eine Reihe von Diapositiven gezeigt, die die Ausführungen erläutern.

H. Spatz-München: Über die Bedeutung der basalen Rinde. Auf Grund von Beobachtungen bei der Pickschen Krankheit und bei den gedeckten Gehirnverletzungen.

Unter »basaler Rinde« versteht der Verf. die der Schädelbasis anliegenden Teile des Stirnlappens und des Schläfenlappens einschließlich ihrer Pole. Von Befunden bei Meningeomen der Olfactoriusrinne, bei welchen nur die Orbitalregion des Stirnlappens zerstört war, ausgehend und unter Hinweis auf die Verteilung der Veränderungen bei der Paralyse stellt der Verfasser seine Befunde bei einer größeren Anzahl von Fällen von *Pick*scher Krankheit zusammen. Deutlich ist die Auswahl der basalen Rinde im Stirnhirn, wo die Veränderungen in der eigentlichen Orbitalregion (*Brodmanns* Feld 11) meistens ihren höchsten Grad erreichen und wo sie offenbar vielfach auch beginnen. (Siehe auch die Beobachtungen *Grünthals* an einem Brüderpaar.) Es scheint, daß für gewöhnlich dann zunächst das Polgebiet (Feld 10) und das anschließende Gebiet der 3. Stirnwindung (Feld 47) folgen. Beim Schläfenlappen ist die Bevorzugung der basalen Anteile vielleicht noch auffälliger. Wie vom Verf. früher schon hervorgehoben wurde, bleiben die zwei hinteren Drittel der ersten Schläfenwindung, die der Hörrinde benachbart sind, und die Hörrinde selber, also die entwicklungsgeschichtlich älteren dorsalen Anteile des Schläfenlappens immer verschont. —

Eine in mancher Hinsicht ähnliche Auswahl ist bei der Verteilung der »Rindenprellungsherde« nach gedeckten Gehirnverletzungen feststellbar. Auch hier besteht eine ganz auffällige Bevorzugung der basalen Rinde des Stirn- und Schläfenlappens, wenn auch einige Verschiedenheiten (mediale Stirnhirnrinde, Insel) vorhanden sind.

In teilweiser Übereinstimmung mit *E. Welt, Berger, Grünthal* und *Kleist* hält es der Verf. für sehr wahrscheinlich, daß eine Schädigung der basalen Rinde des Stirnlappens, der Orbitalregion, zu rein seelischen Störungen führen kann, nämlich zu einer Umwandlung der Persönlichkeit und zu einer Herabsetzung der schöpferischen Denkleistungsfähigkeit bei Erhaltenbleiben der eingeschliffenen Denkleistungen und der mnestischen Fähigkeiten. Er glaubt aber, daß die bisher zu wenig berücksichtigten Veränderungen der basalen Rinde des Schläfenlappens zu ähnlichen Störungen, also auch zu einer »Störung der höchsten seelischen Leistungen« Anlaß geben können. Störungen der Initiative, und was damit zusammenhängt, deuten dagegen mehr auf eine Schädigung der an der Konvexität gelegenen Abschnitte des eigentlichen Stirnhirns hin. —

Die ganz allgemein bisher zu wenig beachtete basale Rinde ist dadurch ausgezeichnet, daß sie sich noch beim Menschen der Jetztzeit an der Schädelinnenseite eingräbt (Impressiones digitatae), während eine deutliche Abformung des Oberflächenreliefs an der Konvexität nur bei niedrigeren Formen

Digitized by Google

beobachtet wird. Tatsachen der Ontogenese (Markreifung) und der Phylogenese machen es wahrscheinlich, daß die basale Rinde mit zu den entwicklungsgeschichtlich jüngsten Abschnitten der Großhirnrinde gehört. — Den Versuch von *Kleist*, die orbitale Stirnhirnrinde mit dem Riechhirn in Zusammenhang zu bringen und sie mit der Gegend des Cingulum zu einer »orbitocingulären Sphäre« zusammenzufassen, hält der Verf. nicht für genügend begründet.

Prof. Dr. *Miskolczy*-Szeged: Die örtliche Verteilung der Gehirnveränderungen bei der Schizophrenie.

Die Schizophrenie ist eine heredodegenerative Erkrankung der Großhirnrinde, die vornehmlich die neo-enzephalen Anteile des Endhirns schädigt. Die stärksten Zellausfälle, die bekanntlich areal-diskontinuierlich verteilt sind, befinden sich im Frontalhirn, im parietalen und temporalen Lappen. Am meisten verschont sind die Area striata und die angrenzenden Rindengebiete, sowie die Zentralwindungen.

Fünfgeld, E.-Magdeburg: Bemerkungen zur Histopathologie der Schizophrenie.

Der Erkennung des histopathologischen Substrats der Schizophrenie stellen sich drei grundsätzliche Schwierigkeiten in den Weg. Die erste betrifft die Diagnose, die gerade bei den akuten Fällen besonders unsicher ist. So möchte Vortr. die sog. akute tödliche Katatonie *Stauder*s nur zum geringsten Teil zur Schizophrenie rechnen, unter 36 Gehirnen von solchen Kranken fanden sich nur 8mal die Befunde, die Vortr. als zur Schizophrenie gehörig ansieht. Die zweite Klippe bedeutet die körperliche Krankheit, die sehr oft das Bild verwischt, die dritte die Verschiedenheit der Stadien, in der die Kranken zur Obduktion kommen. Ein Prozeß muß natürlich ganz anders aussehen, wenn er 4 Monate, als wenn er 10 Jahre alt ist. Als das Substrat des akuten Schubes sieht Vortr. nach wie vor die schwundähnliche Veränderung an, die in sehr verschiedenen Stadien vorkommt. Die Ausfälle in der Hirnrinde sind recht schwierig zu erkennen. Sie fehlen merkwürdigerweise gerade in den ältesten Fällen und sind am leichtesten in den Fällen zu finden, die 8—10 Jahre bestanden haben. Nicht jede neue schizophrene Psychose bedeutet auch einen neuen Schub, was von klinischer Seite ja schon lange behauptet worden ist. Eine vom Vortr. während 3 akuter sicherlich schizophrener Zustände beobachtete Kranke wies nach dem Exitus in der 3. Psychose nur alte abgelaufene Veränderungen in der von *Miskolczy* dargestellten Diskontinuität auf. Histopathologische Einzelheiten werden nicht berührt, nur wird betont, daß die Rolle der Glia bisher nicht richtig erfaßt worden ist. Die Spezifität der Befunde ist nur relativ. Der Schwund kommt auch anderwärts vor, allerdings nicht in der Ubiquität wie bei schizophrenen Schüben.

Darum ist die histopathologische Diagnose ohne Kenntnis des klinischen Bildes nur in günstigsten Fällen möglich. Wesentlich erscheint Vortr. die Ausdehnung der Untersuchungen auf die Körperorgane, wie sie von *Meyer* und *Brack* gemacht worden ist. Vielleicht sind die wesentlichen Veränderungen der Schizophrenie heute noch nicht faßbar. Immerhin ist wenigstens einiges von ihnen bekannt.

Digitized by Google

Scholz-München: Über pathomorphologische und methodologische Voraussetzungen für die Hirnlokalisation (mit Demonstrationen).

Der Vortr. nimmt Stellung zu der Frage, inwieweit die von *Kleist* verwendeten Krankheitszustände und die dabei angewandte Methodik seiner Lokalisationslehre und den daran geknüpften Schlußfolgerungen eine genügend tragfähige Grundlage zu geben vermögen. Da bestimmte Krankheitszustände wie Schußverletzungen des Gehirns und arteriosklerotische Hirnveränderungen den ganz überwiegenden Teil des *Kleist*schen Materials bilden, werden daran die Anforderungen dargelegt, welche nach Histopathologie und wirksamen pathogenetischen Faktoren an die Methodik gestellt werden müssen. An Beispielen eigenen Materials wird der weit über die Zertrümmerungszone hinausreichende Umfang der Hirnschädigung bei frischen Schußverletzungen gezeigt. Danach erlauben die Lage der Schußverletzung am Schädel und die vermutliche Schußrichtung günstigenfalls eine grobe Lappenlokalisation. Für feinere Lokalisationen genügt die autoptische Feststellung der Trümmerzone im Gehirn nicht; die in ihrer engeren und weiteren Umgebung auftretenden ischämischen Nekrosen machen vielmehr eine mikroskopische Untersuchung notwendig, wozu sich bei der Eigenart der frischen Veränderungen in erster Linie das *Nißl*sche Färbeverfahren eignet. Aus diesem Grunde ist auch bei der Lokalisation mittels alter Schußverletzungen die Autopsie des Gehirns unerläßlich. Bei den Hirnarteriosklerosen kann das Verfahren der makroskopischen Befunderhebung in keiner Weise als zureichend bezeichnet werden. Besonders die in den grauen Substanzen oft unzählbar vorhandenen, narbig vollständig gedeckten Herdchen, die nicht zu auffälligen Atrophien zu führen brauchen, entgehen dabei der Feststellung. Auch die Verarbeitung der Gehirne in Markscheidenserien schützt hierbei nicht vor groben Irrtümern (myelinisierte Rindenherdchen), wie an Beispielen gezeigt wird. Bei der Verwendung von Tumoren kann die morphologische Abschätzung von Druck- und Fernwirkungen außerordentliche Schwierigkeiten bereiten, wie die von *E. Scherer* veröffentlichten Fälle mit über kinderfaustgroßen Arachnoidalzysten und hochgradigen Verdrängungserscheinungen am Gehirn zeigen, die sämtlich symptomlos verlaufen sind. Die von *Kleist* herangezogenen Hirnbefunde bei Schizophrenen vermögen, wie neuerliche vergleichende Untersuchungen von *Peters* an Gehirnen Geistesgesunder gezeigt haben, der Kritik nicht standzuhalten. — *Kleist* hat besonders bei der Lokalisation in kleinere Hirnbezirke den methodologischen Forderungen nicht hinreichend Rechnung getragen. Dadurch wird die Beweiskraft eines großen Teiles seines Materials von vornherein mit stärksten Zweifeln belastet; in einem anderen Teil seines Materials scheint die Sachlage kaum soweit geklärt, daß eine bis in alle Einzelheiten durchgeführte lokalisatorische Beweisführung daran geknüpft werden könnte. Da *Kleists* lokalisatorische Ergebnisse großenteils auf einer statistischen Beweisführung beruhen, haften ihnen neben den Vorzügen der Statistik auch deren Mängel an. Einen wesentlichen Mangel in dieser Hinsicht bildet die nicht leicht vermeidbare Auslese des Ausgangsmaterials. Erforderlich wäre hier eine Art Gegenprobe vielleicht an dem Material eines großen pathologischen Institutes oder an einem großen allgemeinen Krankenbestand, der mit gleichbleibender klinischer und morphologischer Methodik untersucht werden müßte. Eine Beweisführung mit Einzelfällen aber stellt strengste Anforderungen an Material und Methode; in dieser Hinsicht sind die *Kleist*-

Digitized by Google

schen Fälle mit zu viel Unsicherheitsfaktoren belastet. *Kleists* Forschungen ist ohne Zweifel eine Reihe wertvollster Erkenntnisse auf hirnpathologischem Gebiet zu verdanken; ihr Hauptwert für die Psychiatrie scheint aber heute noch ein vorwiegend heuristischer zu sein.

A. E. Kornmüller-Berlin-Buch: Lokalisationslehre oder Ganzheit des Zentralnervensystems?

Nachdem die Frage nach der Lokalisation der Funktionen im Z.N.S. aufgeworfen war, gab es stets eine Zahl von Forschern, die mehr oder weniger bestritten, daß an bestimmte Zentren des Z.N.S. bestimmte Funktionen fest geknüpft sind. In der Gegenwart sind es zur Hauptsache die Vertreter der Ganzheitslehre oder verwandter Anschauungen, z. B. der Plastizitätslehre von *Bethe*. Die Grundanschauung dieser Lehren ist folgendermaßen formuliert worden (*Bethe* schreibt wörtlich): »Jede Erregung, welche an beliebiger Stelle in das Z.N.S. einbricht, beeinflußt das ganze System«. *Goldstein* spricht wiederholt davon, »daß es sich beim N.S. um einen einheitlichen Apparat handelt, der stets als Ganzes arbeitet«. Andere Autoren (z. B. *v. Weizsäcker* und *Matthaei*) haben sich dem Inhalte nach gleichlautend geäußert.

Die bioelektrischen Erscheinungen sind bekanntlich der sicherste Indikator für Erregungsabläufe und die bioelektrische Lokalisationsmethodik ist darum wie keine andere Methode geeignet, diese Grundanschauung experimentell zu prüfen. Dazu konnte ich u. a. folgende absolut gesicherte Feststellungen machen:

a) Selbst hypermaximale Sinnesreize werden am normalen Tier nur von bestimmten streng umschriebenen Feldern der Hirnrinde durch Aktionsströme beantwortet. Reagieren auf einen Reiz bestimmter Qualität mehrere Felder durch Aktionsstromschwankungen, so sind deren Formen je nach Ableitefeld verschieden. Andere Felder zeigen in Abhängigkeit von Reizen Verminderung der Eigenstromproduktion. Der größere Teil der Hirnrinde aber läßt unter normalen Verhältnissen keinerlei Modifikationen der Eigenströme auf Sinnesreize erkennen.

b) Unphysiologische (chemische, thermische, mechanische u. a.) Reize, die lokal auf die Hirnrinde zur Wirkung gebracht werden, wirken innerhalb eines großen Intensitätsbereiches ebenfalls nicht auf das ganze System, sondern je nach Angriffsort neben diesem auf andere Stellen gesetzmäßiger Lokalisation.

c) Die Eigenströme der verschiedenen Zentren sind größtenteils in ihren Potentialschwankungen zeitlich voneinander unabhängig, so daß auch für die Tätigkeit während der Ruhe nicht die Rede davon sein kann, daß jede Erregung das ganze System trifft.

Jedes meiner Experimente zwingt mich zu der Anschauung, daß alle Erregungsabläufe im Z.N.S. streng lokalisiert sind. Wir haben darum keinen Grund, auch bezüglich der Funktionen etwas anderes anzunehmen, als daß sie letzten Endes ebenfalls streng lokalisiert sind.

Trotzdem ist die Frage, was lokalisiert werden soll, überaus schwierig.

Man hat sich im allgemeinen nicht darauf beschränkt, die Befunde bei herdförmigen Einwirkungen auf das Z.N.S. festzuhalten, sondern man hat unbewußt oder bewußt, sogleich eine Interpretation dieser Beobachtungen im Sinne einer Funktionslokalisation vorgenommen.

Digitized by Google

Weiter wurde die Lokalisation von Funktionen bis jetzt zur Hauptsache auf Grund der Gehirnpathologie bzw. im Tierexperiment durch Methoden wie die Exstirpation, elektrische Reizung, die Strychninmethode nach *Dusser de Barenne* bearbeitet, die Tätigkeitsabänderungen mit sich bringen, die weit von dem Normalzustand des Gehirns entfernt sind, wie die bioelektrische Kontrolle der genannten physiologischen Methoden ergeben hat. Gleiches muß für die Herderkrankungen angenommen werden. Auch darum ist es in diesem Zeitpunkt schwer, wenn nicht gar unmöglich, auf Grund dieser Methoden etwas Gesichertes auszusagen über die Funktionen der normaltätigen Zentren,

1. weil sich z. B. Exstirpationen oder Durchschneidungen auch außerhalb des akuten Stadiums meist auch auf die Tätigkeit einzelner anderer — aber keineswegs aller — Grisea auswirken und

2. weil diese Tätigkeitsabänderungen nicht nur durch Steigerungen oder Lähmungen, also quantitative Merkmale zu kennzeichnen sind, sondern es sich auch um Abänderungen der Tätigkeit in zeitlicher Hinsicht handelt, ohne daß eine eindeutige Steigerung oder Verminderung der Erregungsabläufe vorhanden ist. In diesem Zusammenhang die Diaschisislehre *v. Monakows* zu diskutieren, würde zu weit führen. Die Pathophysiologie der zentralnervösen Zentren ist jedenfalls recht kompliziert, und wir dürfen hoffen, daß deren Studium der klinischen Gehirnpathologie wertvolle Befunde liefern wird zur weiteren Förderung des Problems der Lokalisation von Funktionen.

Durch gleichzeitige Registrierungen von mehreren Stellen des Z.N.S. sind wir imstande, auf Grund zeitlicher Verknüpfungen der Potentialschwankungen einzelner Grisea funktionelle Verknüpfungen der Tätigkeit verschiedener Punkte der Hirnrinde und subkortikaler Zentren zu studieren. Derartige Feststellungen dürften uns ohne Zweifel wichtige Hinweise zur Beantwortung der Frage, wie lokalisiert werden soll, geben. Ich beschränke mich hier auf einzelne allgemeinere Feststellungen:

1. Bei der normalen Tätigkeit haben nur einzelne Felder der Großhirnrinde gerichtete Beziehungen zueinander. Faßt man auf der Großhirnrinde Ableitepunkte zusammen, die in ihren Potentialschwankungen strenge zeitliche Verknüpfungen aufweisen, so gelangt man zu einer Gliederung die

a) sich vielfach mit der architektonischen Felderung deckt.

b) Darüber hinaus lassen sich einige architektonische Felder auf Grund von Iso- bzw. Dyschronismen in kleinere Einheiten untergliedern. Es bleibt dabei offen, ob die Architektonik nicht noch eine analoge Unterfelderung erbringen wird.

c) Innerhalb bestimmter Felder gibt es segment- bzw. streifenförmige Gebiete, die mit angrenzenden architektonischen Feldern bzw. Teilen dieser mehr zeitliche Verknüpfungen haben als mit anderen Punkten des eigenen Feldes.

d) Auch zwischen weit entfernten Feldern bestehen Beziehungen in der Tätigkeit. Es ist anzunehmen, daß die so ermittelten Verknüpfungen der Tätigkeit verschiedener Zentren funktionelle Einheiten anzeigen.

e) Unter abnormen Bedingungen z. B. bei unphysiologischen Reizen, aber auch bei starken Lähmungen ist die Zahl der Zentren, die sich untereinander beeinflussen, größer als unter normalen Bedingungen. »Erfahrungen am kranken Menschen« können nur mit größter Vorsicht für die Physiologie der Großhirnrinde Auswertung finden. Es geht z. B. nicht an, die »Rhythmisie-

Digitized by Google

rung des ganzen Körpers durch einen starken an irgendeiner Stelle ansetzenden rhythmischen Reiz« *(Goldstein)* zur Stützung der Auffassung heranzuziehen, daß unter physiologischen Verhältnissen derartige »ganzheitliche« Reaktionen im ZNS auftreten, da unter physiologischen Bedingungen viel weniger Zentren sich beeinflussen, als unter derartig abnormen Umständen[1]). Außerdem muß es selbst für diese abnormen Zustände — für die meisten Fälle zumindestens — als eine Übertreibung bezeichnet werden, wenn dabei von einer Reaktion des ganzen Systems gesprochen wird.

J. Lange-Breslau: Grundsätzliche Erörterungen zu Kleists hirnpathologischen Lehren.

Vortr. wendet sich gegen die Gleichsetzung von Hirnteil, normaler Funktion und Leistungsstörung, die schon in der Kapiteleinteilung von *K.* zum Ausdruck kommt, gegen die allzu strenge lokalisatorische Betrachtung außerhalb der Peripherie der Rinde und vor allem gegen die Ableitung normaler Positive aus den Negativen der Leistungsstörungen. In diesen findet sich nicht bloß der Ausdruck des lokalen Schadens, sondern die Reaktion des ganzen Hirns und des ganzen Menschen auf die durch den Schaden gesetzten Funktionsstörungen. Die erkennbaren Funktionsstörungen sehen ganz anders aus als die Störungsbegriffe *Kleists*. Bei allen Einwendungen werden aber vor allem die positiven Ergebnisse *Kleists* für die Hirnpathologie wie für die klinische Psychologie hervorgehoben, die ganz unabhängig von seinen Grundvoraussetzungen sind.

R. Thiele-Berlin: Zur gegenwärtigen Situation in der Gehirnpathologie.

Vortr. versucht, unter Berücksichtigung der geschichtlichen Voraussetzungen den *Kleist*schen Standpunkt innerhalb der Gehirnpathologie der Gegenwart näher zu bestimmen. Er fragt nach dem Tatsachengehalt sowie der weiteren heuristischen Bedeutung der *Kleist*schen Lehre. *Kleist* habe mittels seiner Arbeitsweise eine Fülle nachprüfbarer Ergebnisse gewonnen und ihre Richtigkeit unter Beweis gestellt. Viele dieser Ergebnisse gehören schon heute zum festen Erfahrungsbesitz der Klinik, und es sei nicht zweifelhaft, daß sie auch weiterhin in großem Umfange durch die Empirie bestätigt werden würden. Die Bereicherung der Erkenntnis liege nicht allein auf lokalisatorischem Gebiete und hier insbesondere in der Aufweisung der Bedeutung des Stammhirns, auch die phänomenologische Analyse der klinischen Tatbestände sei durch *Kleist* nach mancher Richtung hin beträchtlich gefördert worden. Daß diese Erfolge wesentlich unter der Leitung theoretischer Überzeugungen erzielt worden sind, gegen die gewichtige methodische und sachliche Einwände zu erheben seien und die sich, wie Vortr. überzeugt ist und aus der ganzen bisherigen Entwicklungslinie zu erkennen sei, in Zukunft nicht aufrecht erhalten lassen dürften, sei in der Wissenschaftsgeschichte durchaus nicht ohne Vorgang und nehme den tatsächlichen Feststellungen natürlich nichts von ihrer Bedeutung. Auf diese Einwände, die sich auf die an der »klassischen« Lehrmeinung orientierte »Zentren«lehre überhaupt und die Anschauung von der starren Projektion der motorischen und sensorischen Peripherie auf die Hirnrinde sowie die Lokalisation psychischer Erscheinungen insbesondere beziehen, wird ausführlicher eingegangen. Trotz aller

[1]) Siehe meinen Vortrag auf der vorjährigen Tagung!

Digitized by Google

theoretischen Problematik sei aber nicht zu bezweifeln, daß wir der bewunderungswürdigen Sachleidenschaft, mit der *Kleist* seine Grundüberzeugungen auf die Betrachtung der Erfahrungszusammenhänge angewandt hat, eine gewaltige und bleibende Bereicherung unseres Tatsachenwissens auf dem Felde der Gehirnpathologie verdanken.

H. Urban-Wien: Zur Physiologie der Okzipitalregion des Menschen.

Vortr. berichtet über Untersuchungen, die er gelegentlich von Ventrikulographien an der Okzipitalregion beim Menschen anstellen konnte. Es handelte sich dabei um Patienten, die wegen Verdacht auf Hirntumor einer Ventrikulographie, mit Anlegung der Bohrlöcher nach der *Dandy*schen Methode bds. in der Okzipitalschuppe, unterzogen worden waren. Nur jene Fälle — im ganzen 6 — wurden als Grundlagen für Untersuchungsergebnisse verwendet, bei denen die Ventrikulographie einen raumbeengenden Prozeß im Hirn ausschloß, somit normale physiologische Verhältnisse, wenigstens in der untersuchten Okzipitalregion, vermutet werden konnten.

Dabei ergaben sich folgende Befunde:

a) Bei Reizung mit faradischem Strom — BA ca. 10 cm — der ersten Okzipitalwindung (O_1) entstanden sofort nach dem Berühren der Rinde mit der Elektrode Photopsien u. zw. immer auf der Gegenseite, d. h. also, daß z. B. bei Reizung von O_1 rechts Photopsien auftraten, die vom Patienten in den temporalen Teil seines linken Gesichtsfeldes verlegt wurden und umgekehrt. Wenige Augenblicke nach Bekanntgabe der Photopsien, die, weil sehr lebhaft empfunden, prompt gemeldet wurden, kam es zum Abweichen der Augen ebenfalls zur Gegenseite, d. h. dorthin, wohin die Photopsien lokalisiert wurden. Die optischen Erscheinungen, die der Patient erlebte, bestanden bei faradischer Reizung in rundlichen Gebilden, Scheiben oder Ringen, die nach aufwärts wanderten und nach Aufhörung der Reizung sofort verschwanden, sie waren meist farbig oder leuchtend, oder wenn weiß, zumindest farbig begrenzt, vor allem blau oder gelb.

b) Bei Reizung mit galvanischem Strom blieben Rindenreize ohne Effekt; nur Markreize in mindestens 10 mm Tiefe erzeugten Photopsien, die in der Hälfte der Fälle homolateral, sonst aber immer auf der Gegenseite lokalisiert wurden. Außerdem unterschieden sich diese Photopsien von den vorher bei faradischer Reizung gewonnenen noch wesentlich dadurch, daß sie als »spitz geformt, zackig begrenzt« oder überhaupt nur »strahlenförmig« von dem Patienten beschrieben wurden. Diese Photopsien waren von Augenbewegungen nicht begleitet und erschienen dem Patienten als unbeweglich und feststehend.

c) Wurde während der faradischen Reizung gleichzeitig durch Kaltspülung ein N. vestibularis u. zw. der dem Reizherd gleichseitige gereizt, so verschwanden die unter a) beschriebenen Photopsien. An ihrer Stelle begann die ganze Umgebung, alles optisch Wahrgenommene, zu »zittern«, ungefähr so, wie »warme Luft über Heizkörpern«.

d) Wurde aber die Reizstelle mit Chloräthylspray vereist, so verschwanden die Photopsien vollständig; es konnten dann optische Erlebnisse mittels elektrischer Reize überhaupt nicht mehr ausgelöst werden.

Daß faradische Reizung der Okzipitalregion Photopsie auslöst, ist schon seit *Krause, Förster* u. a. bekannt; neu ist an diesen Untersuchungen aber

Digitized by Google

der Befund, daß nicht nur der faradische, sondern auch der galvanische Strom Photopsien auslösen kann, die in ihrer Art, Form, Gestalt und Richtung voneinander grundverschieden sind.

Neu ist auch der teilweise zu konstatierende Unterschied in der Lokalisation dieser Photopsien.

Neu ist schließlich auch der Umstand, daß die durch den faradischen Strom ausgelösten optischen Erscheinungen sich grundlegend dann ändern, wenn gleichzeitig der Vestibularisierapparat durch Kaltspülung gereizt wird, bzw. überhaupt verschwinden, wenn die Reizstelle vereist wird (siehe *H. Urban:* Monschrft. f. P. u. N. 92, 32, 1935, und *H. Urban* und *O. Pötzl:* Monschrft. f. P. u. N. 92, 68, 1935).

Diese optischen Erlebnisse sind wohl sicher kortikalen Ursprungs, da sie auch bei Blinden auftreten, deren Sehnerv peripher vom Chiasma bds. zerstört war; solche optischen Erlebnisse waren ferner bei Reizung der Sehnerven nie auslösbar.

P. Schröder-Leipzig: Sinnestäuschungen und Hirnlokalisation.

Die Halluzinationen der Geisteskranken sind nicht zu verstehen von den lokalen Reizerscheinungen der Hirnrinde (Photome usw.) oder der tiefen Ganglien her, wie man seit 6—7 Jahrzehnten unter dem Einfluß hirnphysiologischer und hirnpathologischer Denkrichtung immer wieder geglaubt hat.

Was heute in der Psychiatrie Halluzinationen genannt wird, sind sehr verschiedenwertige Ausschnitte aus sehr verschiedenen psychotischen Gesamtzuständen, immer unter dem Gesichtswinkel der Definition von *Esquirol:* Wahrnehmungen ohne Objekt.

Es gibt kein einheitliches Elementarsymptom Halluzination. Das lehrt eine Übersicht über die verschiedenen häufigsten Zustandsbilder Geisteskranker, von denen wir kurzweg sagen: sie halluzinieren.

Das Problem der Halluzinationen, wenn wir die Photome usw. grundsätzlich davon trennen, liegt auf psychiatrischem Gebiet, ist nur durch klinisch-psychiatrische Einzelarbeit zu fördern. Seine Anlehnung an die Gehirnpathologie (bei Hirnverletzten usw.) ist für die Psychiatrie ein Irrweg gewesen.

E. Weißschedel-Konstanz: Die zentrale Haubenbahn als ableitende Bahn des extrapyramidal-motorischen Systems.

Auf Grund normal anatomischer Untersuchungen am menschlichen Gehirn mittels Längs- und Querschnittserien sowie myelogenetischer und pathologischer Befunde kommt der Autor zu der Überzeugung, daß die zentrale Haubenbahn verschiedene Einzelheiten enthält, und zwar einerseits solche, die im r. K. und im Globus pallidus entspringen und teils in der unteren Olive, teils in der Substantia reticularis endigen, andererseits solche, die in der Substantia reticularis entspringen und teils ebenfalls in der unteren Olive, teils aber im Rückenmark endigen. Danach leitet die zentrale Haubenbahn zusammen mit der *Helwegs*chen Dreikantenbahn die Impulse der höheren extrapyramidalen Zentren teils mit Umschaltung in der unteren Olive teils mit Unterbrechungen in der Substantia reticularis ins Rückenmark ab.

H. E. Anders-Berlin-Buch: Pathologisch-anatomische Befunde über Spätfolgen von Kriegsschußverletzungen des Schädels und des Gehirns.

Vortr. berichtet über 6 Fälle von Kriegsschußverletzungen, bei denen die

Digitized by Google

in den letzten Jahren vorgenommene Sektion, bzw. die Exhumierung nach 2—3jährigem Liegen im Erdgrab schwere und schwerste pathologische Veränderungen am knöchernen Schädel, bzw. an dem Großhirn aufdecken konnte, die zum allergrößten Teil zu Lebzeiten nicht festgestellt werden konnten. Die durch Exhumierung gewonnenen Fälle ($2^1/_2$ und 3 Jahre post mortem) betreffen einen Schädeldurchschuß von dem Boden der linken Orbita bis zum linken Warzenfortsatz. Defekt des linken Bulbus. Eröffnung der Basis der linken mittleren Schädelgrube mit Bildung einer intrakraniellen korallenstockartigen Exostose und breitem Einwachsen derselben in den Temporallappen. Aussprengungsfraktur der linken Felsenbeinpyramide. Eine vergleichende Gegenüberstellung der gefundenen anatomischen Befunde und des klinischen Krankheitsbildes gestattet eine völlige Klärung des Falles auch in gutachtlicher Richtung. Die Exhumierung des 2. Falles ergab das Vorhandensein eines Schädelstreifschusses mit einem großen Defekt im linken Scheitelbein und Entwicklung einer traumatischen Zyste unterhalb des Defekts. Auch in diesem Fall konnte durch die erhobenen Befunde der plötzlich eingetretene Tod als Folge der erlittenen Schußverletzung des Gehirns, bzw. der sich daran anschließenden Zystenbildung angesehen werden. Von den frischen Sektionsfällen erscheinen 2 besonders bemerkenswert: In dem ersten dieser Fälle handelte es sich um einen Steckschuß der Orbita mit Entwicklung einer sekundären Osteomyelitis des großen Keilbeinflügels. Von hier aus Senkungsabszeß in die Mundhöhle und Ausbildung eines großen reaktiven Granulationstumors der Dura mater über dem osteomyelitischen Defekt, ein Befund, der bisher als Spätfolge einer Kriegsschußverletzung des Schädels noch nicht beschrieben worden ist. Im zweiten Fall liegt auch eine Verletzung einer Orbita und des Stirnbeins mit Verlust des Bulbus oculi vor. Im Laufe der Zeit Entwicklung von klinischen Symptomen, die auf eine Beteiligung des Stirnhirns schließen lassen. Tod in einem besonders schweren epileptischen Anfall. Bei der Sektion fand sich ein großer traumatischer Defekt an der Basis des linken Stirnpols nebst ausgedehnten alten Verwachsungen zwischen Pia und Dura mater. Anhangsweise wird ein Fall aufgeführt mit traumatisch-porenzephalischen Defekten der linken Großhirnhemisphäre nach Fliegerabsturz und späterer syphilitischer Infektion. An diesem Falle werden die großen Schwierigkeiten aufgezeigt, die sich durch das Hinzutreten der syphilitischen Infektion vor allem in bezug auf die gutachtliche Beurteilung derartiger Fälle ergeben. Abschließend wird eine Epikrise der Gesamtbefunde gegeben.

B. Fernandes-Lissabon: Die konvergierende Betrachtungsweise der pathologischen Erscheinungen bei Psychosen und organischen Hirnkrankheiten.

Es wird versucht, die Grenzen und Möglichkeiten der gleichzeitigen Anwendung hirnpathologischer, bzw. hirnphysiologischer und psychologisch-phänomenologischer Methoden bei der Analyse der pathologischen Erscheinungen bei Psychosen und organischen Hirnkrankheiten festzulegen. Die völlige Trennung und Auseinanderstreben der biologischen und der psychologischen Forschung in der Psychiatrie hindert jegliche praktische Möglichkeit der Herstellung von Beziehungen zwischen seelischen und körperlichen Vorgängen und führt zu einer Kluft zwischen Klinischem und Anatomo-Physiologischem im weiteren Sinne.

Digitized by Google

Die konvergierende Betrachtungsweise dagegen bietet — trotz methodologischen Schwierigkeiten und der Abneigung mancher Forscherpersönlichkeiten — die sichere Möglichkeit einer naturwissenschaftlichen Erklärung der abnormen seelischen Erscheinungen als »Symptome« der prozeßhaften Psychosen. Die psychologischen und biologischen Methoden sollen grundsätzlich sowohl bei Psychosen als auch bei organischen Hirnkrankheiten zugleich angewandt werden. Es gibt keine spezifischen Symptome, und daher können die bei Hirnkranken erfaßbaren Störungen biologischer Vorgänge als organische Grundlagen derselben Erscheinungen bei Psychosen bewertet werden. Die Schwierigkeit der Herstellung der Beziehungen zwischen den Ergebnissen beider Methoden; d. h. zwischen abnorm seelischen und körperlichen Phänomenen wird praktisch in dem Sinne zu lösen versucht, daß prinzipiell ausschließlich primäre, psychologisch nicht verständliche und auf andere seelische Momente nicht zurückführbare Erscheinungen im Zusammenhang mit dem Biologischen und Organischen gebracht werden dürfen.

Dieses Verfahren wird an Hand eigener — die von *Kleist* weiter ausbauenden Untersuchungen über psychomotorische Störungen dargestellt und erörtert; der primäre Charakter und das Losgelöstsein der Erscheinungen von den Willensvorgängen erfordern unbedingt ihre pathophysiologische Analyse. Der integrierende Aufbau der motorischen und psychomotorischen Erscheinungen — von den rein reflexartigen myostatischen bis zu den nur von abnormen seelischen Strebungen abhängigen katatonen Erscheinungen — entspricht vom Erleben her einer progressiven Apersonalisierung von den ichfremden bis zu den icheigenen abnormen seelischen Phänomenen.

Ohne Vermengung oder Übertragung biologischer Begriffe auf das Psychische, wird somit eine hirnphysiologische Erklärung primärer psychopathologischer Erscheinungen sehr wohl möglich. Die Bedeutung der Phänomenologie wird so noch schärfer hervorgehoben, da erst die genaue Berücksichtigung der sich nur innerhalb des Psychischen abspielenden Vorgänge (z. B. Hintergrundsreaktion) die Aufstellung der Beziehungen zum Biologischen erlaubt.

Ähnliche Kriterien können auch der Festlegung der Grenzen der Anwendung der erbbiologischen Forschung auf die abnormen seelischen Erscheinungen dienen.

F. Laubenthal-Bonn: Sippe mit kongenitaler Wortblindheit.

Bericht über eine Eifeler Sippe von 81 Personen, unter denen eine erhebliche Häufung kongenital Wortblinder (mit und ohne Schwachsinn), Schwachsinniger und Psychopathen festzustellen war. In vielen Fällen wurden regelwidrige neurologische Befunde erhoben. Annahme einer anlagebedingten Defekterkrankung, die erbbiologisch engste Beziehungen zu bestimmten allgemeinen Schwachsinnsformen und Psychopathieformen hat.

Gerd Peters-München: Gibt es eine pathologische Anatomie der Schizophrenie?

Es wurden aus den Gehirnen von 7 Hingerichteten im Alter von 22 bis 50 Jahren zahlreiche Areale in lückenloser Serie von 25—50 Schnitten untersucht. Dabei konnten Befunde erhoben werden, die geeignet erscheinen, mit den von einigen Autoren als das hauptsächliche anatomische Substrat der Schizophrenie betrachteten Befunden verglichen zu werden. Es waren dies

Digitized by Google

die zellfreien Stellen in der Reihe (Lückenbildungen), diffuser Zellausfall und Ganglienzellveränderungen.

An Hand von 7 Diapositiven konnte gezeigt werden, daß solche Lückenbildungen in der Rinde sämtlicher untersuchter Gehirne der Hingerichteten in der III. und V. Schicht vorkommen. Ein qualitativer Unterschied gegen Lückenbildungen in Gehirnen Schizophrener, die durch Zellausfall infolge des schizophrenen Prozesses entstehen sollen, konnte nicht festgestellt werden. Auch quantitativ war ein Unterschied nicht feststellbar, die Lückenbildungen in den Gehirnen Hingerichteter schwanken individuell und areal an Zahl, ähnlich wie er in Gehirnen Schizophrener beobachtet wurde.

Fernerhin wurde auf die große Schwierigkeit der Feststellung eines diffusen Zellausfalls hingewiesen. Beim Vergleich von mikroskopischen Präparaten oder Mikrophotographien gleicher Rindenareale gibt es zahlreiche Fehlerquellen. In nicht ganz eindeutigen Fällen ist die Zellzählung zur sicheren Feststellung eines diffusen Zellausfalles unbedingt erforderlich.

Was die Ganglienzellveränderungen betrifft, so wurden von der »schwundähnlichen Zellerkrankung« *Fünfgelds* mit Sicherheit nicht zu trennende Ganglienzellbilder auch in Gehirnen Hingerichteter gefunden. Ebenso konnten in den Gehirnen Hingerichteter Bilder gesehen werden, die solchen sklerotischer und chronischer Ganglienzellveränderung ähnlich sind. Sie werden z. T. auf technische Mängel zurückgeführt. Lipoidspeicherung konnte schon in Ganglienzellen junger Hingerichteter in reichlicher Menge festgestellt werden.

Vortr. hält nach seinen Beobachtungen das anatomische Substrat der Schizophrenie noch für absolut ungesichert.

Aussprache:

Bumke-München: nimmt Stellung zu dem Versuch, einzelne seelische Fähigkeiten in bestimmte Stellen des Gehirns zu lokalisieren. Er ist überzeugt, daß trotz aller wertvollen Feststellungen von *Kleist* wir uns auch heute noch lediglich im Vorhof des Seelischen befinden, d. h., daß alles, was lokalisiert worden ist, noch nicht eigentlich seelische Fähigkeiten betrifft. Die Fehler, die nach *B.*s Ansicht gemacht werden, sind grundsätzlich immer dieselben:

1. wird immer wieder eine negative Feststellung zu Unrecht in eine positive verwandelt. Man kann sagen, daß jemand bei der Verletzung oder Erkrankung bestimmter Stellen des Gehirns nicht sprechen oder das von anderen Gesprochene nicht verstehen kann. Man kann aber deshalb noch nicht sagen, daß das Sprechen und das Verstehen an diesen Stellen des Gehirns und nur an ihnen zustande kommt. Man könnte ja sonst beweisen, daß das Sehen von Farben, Formen usw. in den Sehnerven lokalisiert wäre; denn wenn man beide Sehnerven durchtrennt, kann niemand mehr Farben und Formen wahrnehmen;

2. wird bei allen Lokalisationsversuchen die besondere Reaktionsfähigkeit des Gehirns nicht genügend berücksichtigt. Die Internisten wissen schon lange, daß dazu veranlagte Menschen auf die vielfältigsten Erkrankungen im Leib mit Darmspasmen antworten. Man wird also die Darmspasmen nicht gradlinig auf eine Gallen- oder Nierensteinerkrankung, auf ein Ulkus, auf eine Blasenreizung, einen Prostataabszeß usw. beziehen dürfen. Genau so liegt es aber im Gehirn auch. Wenn von einer bestimmten Stelle aus ausgesprochene seelische Störungen irgendwelcher Art ausgelöst werden, so heißt das

Digitized by Google

noch lange nicht, daß die seelische Funktion, die nun aufgehoben oder gestört ist, nur an dieser Stelle lokalisiert ist;

3. hält *B.* es für unmöglich, für Lokalisationsversuche Erkrankungen heranzuziehen, die, wie die Paralyse, doch sehr weite Teile des Gehirns in Mitleidenschaft ziehen, oder bei denen es, wie bei der Schizophrenie, überhaupt nicht sicher ist, daß das Gehirn primär und mit verschiedener Akzentuierung an einzelnen Stellen organisch erkrankt.

Wohin diese Fehler führen, haben wir heute bei dem sonst so ausgezeichneten Referat von Herrn *Kleist* erlebt. Jetzt sind wir genau so weit wie in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts, sind wieder bei einem gradlinigen Materialismus, sind wieder bei der Zerlegung des Ich in ein »Bündel von Vorstellungen«. An einer bestimmten Stelle des Orbitalhirns sollen ein paar Kubikmillimeter Gehirn für das »Selbstich«, an einer nicht sehr weit davon entfernt gelegenen ebenso wenige Kubikmillimeter für die »Gesinnung« reserviert sein. Das »Selbstich« scheint mir eine Tautologie zu sein, eine Tautologie, die allerdings dadurch verständlich wird, daß ihm ein religiöses, ein soziales und noch einige Ichs gegenübergestellt werden. Wenn aber etwas unteilbar ist, dann ist es das Ich, und wenn einer an verschiedenen Stellen des Gehirns Teile des Ichs lokalisiert zu finden glaubt, so muß ihm ein methodischer Fehler unterlaufen sein. Dieser Fehler läßt sich auch ganz leicht finden. Sehen wir von dem Ich ab und sprechen wir von der Gesinnung: Gesinnung ist doch eine Abstraktion, bei der wir eine Reihe von Einzelbeobachtungen in einem Wort zusammenzufassen versuchen. Hätte man diese Einzelbeobachtungen nach anderen Gesichtspunkten geordnet, so wäre man zu einem oder zu mehreren anderen Begriffen gelangt. Die Gesinnung des Menschen läßt sich ja wohl sicher leichter aufteilen, als es beim Ich jemals möglich sein wird. Herr *Kleist* und noch mehr andere Forscher arbeiten nun aber mit solchen psychologischen Abstraktionen, als wenn es sich um Realitäten handelte, wie sie z. B. ein Oberschenkelknochen oder ein Bizeps für den jungen Mediziner wirklich bedeuten. Ich werde dabei den Eindruck nicht los, als ob man mit Seifenblasen Tennis zu spielen versuchte.

In einem Beispiel lassen sich alle diese Fehler noch einmal zusammenfassend demonstrieren: In einer kleinen Stelle des Orbitalhirns liegt das »Selbstich«. Beim Paralytiker erkrankt diese Stelle neben sehr vielen anderen. Manche Paralytiker haben Größenideen. Also ist das »Selbstich« im Orbitalhirn lokalisiert.

Ich selbst sehe die Dinge ganz anders. Was wir lokalisieren können, sind körperliche Funktionen, und was im Gehirn bis heute erforscht ist, das ist ein Organ, das dem Verkehr des Seelischen mit der Außenwelt dient. Überall führen uns die Lokalisationsversuche immer nur bis an die Schwelle der Bewußtseinserscheinungen. Immer wieder können wir feststellen, daß bei bestimmten Veränderungen die Seele bestimmte Mitteilungen von außen nicht aufnehmen oder bestimmte Mitteilungen nach außen nicht geben kann. Darüber hinaus wissen wir nur, daß das Gehirn für das Seelische notwendig ist. Aber dabei werden wir schon anmerken müssen, daß das Gehirn ebensowenig wie irgendein anderes Organ vom übrigen Körper losgelöst zu funktionieren vermag. Das Gehirn ist genau so in ein System von Zusammenhängen eingeordnet wie jedes andere Organ, und schon deshalb werden wir in den Formulierungen überall da überaus vorsichtig sein müssen, wenn auf der einen Seite

Digitized by Google

seelische und auf der anderen körperliche Tatbestände in Beziehung zueinander gesetzt werden sollen.

Scholz-München: Die kritischen Ausführungen von Herrn *Peters* über die Schizophreniebefunde kann ich auf Grund der Kenntnis seiner Präparate nur nachdrücklichst unterstreichen. Wir bestreiten nicht die Existenz solcher Lücken im Ganglienzellbestand der Hirnrinde. Wir bestreiten aber entschieden deren pathologische Bedeutung. Wir erblicken in ihnen nicht das Ergebnis eines Hirnprozesses sondern architektonische Unregelmäßigkeiten. Eine andere Frage ist es, ob diese Unregelmäßigkeiten bei allen Menschen vorhanden sind, oder ob es sich um eine Variante im zellulären Aufbau der Hirnrinde handelt, die Beziehungen zu einer bestimmten Konstitution hat. Es wäre ja denkbar, daß sie einer bestimmten Konstitution eigen sind, die den Schizophrenien zugrunde liegt. Dann würden sie bei Personen, die einem anderen Konstitutionskreis angehören, fehlen. Das müßte aber erst an größeren Untersuchungsreihen festgestellt werden. Sollten sie ein solches konstitutionelles Merkmal darstellen, dann besäßen sie für den Prozeß der Schizophrenie jedenfalls keine andere Bedeutung wie die *Cajal*schen Fetalzellen für die Erkrankung an Epilepsie oder die doppelkernigen *Purkinje*zellen für die Erkrankung an juveniler Paralyse. Vorderhand fühlen wir uns in der Deutung solcher Befunde zu größter Zurückhaltung verpflichtet, um nicht eine falsche Ausgangsposition für weittragende Schlußfolgerungen entstehen zu lassen und damit den mühsam erworbenen Kredit der morphologischen Forschung in der Psychiatrie zu untergraben.

Quensel-Leipzig: Zum Referat *Kleist*.

Die Einwände gegen die Lokalisation im Gehirn, insbesondere auch der psychischen Funktionen auf Grund der Ausfallserscheinungen sind auch heute noch ganz die gleichen, wie sie von jeher vorgebracht worden sind. Prinzipiell neue Gegengründe habe ich bisher wenigstens nicht gehört, wennschon anzuerkennen ist, daß sie vom anatomischen Standpunkt durch Herrn *Scholz*, vom klinischen durch Herrn *Lange* besonders gut formuliert und zusammengefaßt sind.

Soweit es sich um die Störung einfacherer Mechanismen und Apparate handelt, bei denen die Leistung regelmäßig denselben Fehler aufweist, etwa wie ein Werkstück den Defekt der Maschine stets wieder erkennen läßt, wird man kaum leugnen können, daß hier ein Knotenpunkt betroffen worden ist, dessen Intaktheit für das Zustandekommen der fraglichen Leistung unentbehrlich ist. Im Ernst wird natürlich niemals die Lokalisation einer gesamten Funktion auf eine begrenzte Örtlichkeit behauptet werden können. Je weiter man sich von diesen einfacheren Leistungen entfernt, um so unsicherer und schwankender werden die Befunde, um so kritischer wird man auch mit der Deutung sein müssen. Für höhere psychische Funktionen in entsprechender Weise eine Lokalisation zu finden, ist wesentlich schwerer, ja fast unmöglich, zumal, wenn man bedenkt, wie unvollkommen und verschwommen unsere Kenntnisse und Begriffe vom Wesen und der Umgrenzung höherer psychischer Funktionen überhaupt sind. Weitaus am bedeutsamsten ist jedenfalls die Fülle neuen Tatsachenmaterials, mit der uns Herr *Kleist* bereichert hat.

Zu den Ausführungen des Herrn *Spatz* möchte ich hinweisen auf Erfahrungen, die wir bei schweren traumatischen Hirnschädigungen machen können. Die psychischen Veränderungen treten hier in zwei Typen auf, erstens

Digitized by Google

als Ausfall mehr allgemeiner Leistungen, der Konzentration, der Zusammenfassung usw., wie man sie etwa mit den von *Karl Schneider* angegebenen Methoden oder aber durch die Leistungsausfälle im praktischen Leben feststellen kann, zweitens als Persönlichkeitsveränderungen, sei es im Sinne der Abstumpfung, Interesse-, Antriebslosigkeit, sei es der Erregtheit, Reizbarkeit, Umtriebigkeit. Es ist nun bemerkenswert, daß wir auch bei großen Zerstörungen an der Konvexität die Leistungsausfälle meist weit begrenzter, z. T. in den bekannten Sonderformen lokaler Entstehung, die Allgemeinleistungen aber besser erhalten finden, daß auch bei schweren Stirnbeinzertrümmerungen und Stirnhirnschädigungen an der Konvexität durchaus keine Persönlichkeitsveränderung aufzutreten braucht, daß wir diese Allgemeinstörungen dagegen viel mehr bei basalen Läsionen sehen. Daß bei der Art traumatischer Schädigung eine reinliche Scheidung der Typen und Bilder nicht erwartet werden kann, ist wohl selbstverständlich.

H. Spatz-München: Es gibt viele Wege in der Hirnforschung, die letzten Endes alle einem in ferner Zukunft stehenden Ziel zustreben. *Kleist* ist in außerordentlich konsequenter Weise den Weg des Klinikers gegangen, der von der Beobachtung am Krankenbett ausgehend klinische Erscheinungen mit makroskopisch wahrnehmbaren Gehirnbefunden in Zusammenhang zu bringen sucht. Er ist den Weg zu Ende gegangen, der einen *Broca* und einen *Wernicke* zu ihren epochemachenden Entdeckungen geführt hat. Der pathologische Anatom geht einen anderen Weg. Er sammelt die Hirnbefunde, die er auf Grund möglichst eingehender makroskopischer und mikroskopischer Untersuchung nach ihrer Art und nach ihrer Verteilung ordnet; er sieht dann nachträglich zu, ob gleichartigen oder ähnlichen Befunden jeweils bestimmte klinische Beobachtungen entsprochen haben. Der pathologische Anatom wird dabei begreiflicherweise auch die negativen Fälle mehr werten. Bei Herderkrankungen wird er dazu geführt, eine sehr strenge Auswahl unter den Fällen zu treffen, die er möglichst genau mit allen Methoden untersuchen will. Fälle der Wahl sind solche mit einzelnen (nicht mehrfachen) Herden, welche sich möglichst scharf auf ein bestimmtes anatomisches Gebiet beschränken. Wenn man ferner noch fordert, daß solche Fälle auch gleichzeitig klinisch gut durchuntersucht sind, so muß man sagen, daß sie durchaus nicht häufig sind.

Andere Wege der Hirnforschung versuchen möglichst tief in die verwickelte Gliederung des normalen Gehirns einzudringen und wieder andere erhoffen von der noch viel zu wenig bekannten Entwicklungsgeschichte Einblicke in den Grundplan des Organs. Mittelhirn, Zwischenhirn und Rautenhirn zeigen ebenso wie das Rückenmark bei der Ontogenese im Zellbild eine auffällige Gliederung des Querschnittes: Man kann eine ventrale Platte von einer dorsalen unterscheiden. Während die ventrale Platte die Anlagen von motorischen Zentren, so im Mittel- und Zwischenhirn von Gliedern des extrapyramidalmotorischen Systems enthält, läßt die dorsale Platte Zentren aus sich hervorgehen, die zur Aufnahme sensibler Bahnen dienen: im Mittelhirn das Vierhügeldach, im Zwischenhirn Thalamus und Metathalamus. So sind also motorische und sensorische Zentren in diesen Hirnabschnitten räumlich voneinander getrennt. Was nun das Endhirn betrifft, so liegen hier zwar zweifellos besonders verwickelte Verhältnisse vor, die wir zur Zeit noch nicht annähernd übersehen können, aber es wäre doch überraschend, wenn hier der Aufbauplan der anderen Abschnitte des Zentral-

Digitized by Google

organs ganz verlassen werden sollte. Dies müßte man aber voraussetzen, wenn die *Kleist*sche Grundanschauung richtig wäre, wonach in jedem einzelnen Großhirnlappen außer einem psychischen je ein eigener motorischer und je ein eigener sensorischer Teil auftreten soll. Ich halte es für wahrscheinlicher, daß auch im Endhirn eine Trennung der motorischen und sensorischen Zentren in zwei große Gebiete erfolgt, die im Sulcus Rolandi aneinanderstoßen. Im Stirnhirn wären darnach keine sensorischen Zentren zu suchen. *Kleist* sucht das Vorkommen eines sensorischen Anteiles im Stirnhirn mit der Annahme zu rechtfertigen, daß hier eine Endstätte der Vestibularisfasern sein soll. Vom anatomischen Standpunkt aus ist es aber viel wahrscheinlicher, daß die Vestibularisfasern den verwandten Akustikusfasern folgen und also entweder im Schläfenlappen oder vielleicht in der Insel (*Creutzfeldt*) ihre noch nicht genau bekannte Endstätte finden. Für die erstere Möglichkeit sprechen klinische Beobachtungen von *Stauder*.

Ein besonders schwieriges Problem der Hirnforschung ist die bei der Funktion gewöhnlich benützte Aufeinanderfolge einzelner Neuronensysteme. Hier könnte nur die Zusammenarbeit der verschiedenen Richtungen uns einmal dem Ziel näher führen, wobei die experimentell physiologische Richtung entscheidend mitzusprechen haben wird. Das eine aber steht heute schon trotz aller Einwendungen fest: Auf welchem Wege auch einer dem Ziel der Hirnforschung zustreben mag, keiner wird an dem Werk von *Kleist* vorübergehen können. —

Gegenüber *Bumke* glaubt der Vortr., daß wir heute doch schon in der Lage sind, bestimmte rein seelische Störungen mit Veränderungen in bestimmten, umschriebenen Teilen des Gehirns in Zusammenhang zu bringen.

Korbsch-Münster i. W.: Gestatten Sie mir eine Bemerkung zur Lokalisationsfrage schizophrener Symptome vom Standpunkte der *Simons*chen Arbeits-Therapie. Diese Form der Behandlung lehrt, daß viele Erscheinungen der Schizophrenie durchaus nicht als feststehende und absolute anzusehen sind, daß sie sich vielmehr unter ihrem Einfluß mildern und sogar zurückbilden können, so z. B. Antriebsstörungen, kataleptische Phänomene usw. Es zeigen dies insbesondere Fälle, die aus einer Anstalt oder Klinik ohne diese Therapie in eine solche übergeführt wurden, wo sie ausgeübt wird und umgekehrt. Hierin liegt die hohe wissenschaftliche Bedeutung der *Simons*chen Methode. Es steht fest, daß sich auf diese Weise viele und wesentliche Symptome der Schizophrenie beseitigen lassen, wodurch sie sich als milieubedingt erweisen. Dieser Anteil der schizophrenen Symptomatologie entfällt also dem Versuch und Bestreben seiner hirnanatomischen Lokalisierung.

Wenn man den Krankenbestand einer größeren Anstalt, an der die *Simons*che Therapie durchgeführt wird, längere Zeit überschaut, so kommt man zu der Überzeugung, daß sich hier die Symptomatik der Schizophrenie in manchen sehr wichtigen Punkten ganz anders darstellt, als man es in der Vor-*Simons*chen Zeit meinte.

Bumke: Ich habe leider noch einmal um das Wort bitten müssen, um einem Mißverständnis entgegenzutreten, daß durch die Diskussionsbemerkung des Herrn Kollegen *Spatz* entstanden sein könnte. Herr *Spatz* meint, wir befänden uns nicht mehr im Vorhof des Seelischen, denn wir wüßten doch über die *Pick*sche Atrophie einigermaßen Bescheid. Nun hat Herr *Spatz* von allen seinen Kranken, über die er uns heute Vormittag berichtet hat, immer wieder gesagt, daß sie alle verblödet wären. Ja, meine Herren, daß Beziehungen

Digitized by Google

zwischen schweren Erkrankungen des Gehirns und Verblödungen bestehen, das wissen wir ja schon ziemlich lange, und Herr *Spatz* hätte genau so gut wie die *Pick*sche Atrophie auch die Paralyse heranziehen können. Ich bin ihm aber für seine Bemerkung sehr dankbar, denn offenbar habe ich mich doch mißverständlich ausgedrückt: Daß das Gehirn mit dem Seelischen nichts zu tun hat, das habe ich ganz gewiß nicht sagen wollen. Wogegen ich mich gewandt habe, das ist der Versuch, einzelne seelische Fähigkeiten an bestimmte Teile des Gehirns zu binden. Daß vom Gehirn große Gebiete vielleicht mehr Beziehungen zu seelischen Vorgängen haben als andere, leugne ich nicht. Eine Lokalisation einzelner seelischer Fähigkeiten ist aber bisher nach meiner Überzeugung noch niemand gelungen.

Dann noch eine Bemerkung zum Vortrag des Herrn *Fünfgeld*. Herr *Fünfgeld* hat uns über anatomische Befunde bei Schizophrenen berichtet, die, wie wir inzwischen gehört haben, von anderer Seite bestritten werden, und er hat einleitend gesagt: wenn man natürlich die Schizophrenie so darstellt, wie ich in meinem Lehrbuch, dann würde man zu einer Lokalisation der schizophrenen Symptome und damit zu einer Aufteilung der schizophrenen Erkrankungen niemals gelangen. Ja, meine Herren, niemand wäre glücklicher als ich, wenn es gelänge, eine Krankheit aufzuteilen, die 70% der Anstaltsinsassen ausmacht. Ich halte es auch für durchaus möglich, daß das eines Tages geschieht, und es kann auch sehr wohl sein, daß eine solche Aufteilung eines Tages anatomisch möglich sein wird. Die Stoffwechseluntersuchungen an der Münchener Klinik sprechen freilich einstweilen gegen diese Möglichkeit; aber auch darin kann sich natürlich jeden Tag etwas Neues ergeben.

Nur eines, meine Herren, geht nicht, und das ist das, was Herr *Fünfgeld* tut. Herr *Fünfgeld* erhebt anatomische Befunde bei Schizophrenen, und dann erklärt er, von den schwersten Fällen von Schizophrenie, die wir kennen und bei denen er anatomische Befunde nicht erheben kann, daß sie eben zur Schizophrenie nicht gehörten. Das wird er uns doch wohl etwas genauer beweisen müssen. Aber vielleicht warten wir mit dem Beweis, bis wir wissen, ob sich die von Herrn *Fünfgeld* erhobenen Befunde nun noch bei mehr Geistesgesunden finden werden, als Herr *Peters* bisher gefunden hat.

Simon-Gütersloh: Herr *Kleist* führte in seinem Referate als Beispiele einer möglichen Lokalisation bestimmter Krankheitserscheinungen bei Geisteskranken auch einzelne abwegige Handlungen Schizophrener und ihre nachträgliche Motivierung durch die Kranken an. Ich möchte davor warnen, gerade die Angaben, welche Schizophrene über die Motive und Zusammenhänge ihres abwegigen Tuns machen, als Unterlage für die Lokalisation solcher Krankheitserscheinungen zu betrachten. Wissen wir doch bei den meisten Schizophrenen gar nicht, wie weit das, was sie auf unsere Fragen sagen, irgendwelchen Wirklichkeitswert hat; und aus der Haarschärfe, mit der die Kranken an dem Sinn unserer Fragen vorbeireden, können wir oft genug schließen, daß es sich bei ihren Mitteilungen über ihre inneren Vorgänge um ein Vorbei-Reden an der Wirklichkeit handelt.

Auf alle Fälle darf deshalb abwegiges Handeln der Schizophrenen und der Inhalt ihres Redens nur mit großer Vorsicht für den Aufbau einer Hirnpathologie der Geisteskrankheiten verwertet werden.

Miskolczy-Szeged: Es wäre sehr erwünscht, wenn Herr *Peters* seine interessanten Untersuchungen mit Berücksichtigung der Gesamtausbreitung und

Digitized by Google

der örtlichen Beteiligung der vorgefundenen Veränderungen mit der Geschichte des Vorlebens der Hingerichteten veröffentlichen würde. Von einem Vergleich der Gesamtausbreitung der Lückenfelder mit jener der bei der Schizophrenie gefundenen ist dann eine lehrreiche Aufklärung zu erwarten.

Fünfgeld, E., Schlußwort Die Darlegungen von *Peters* scheinen mir gegen die histopathologischen Befunde der Schizophrenie keine grundsätzlichen Einwände zu bedeuten. Lückenfelder sind immer unspezifisch, die Schwierigkeiten ihrer Erkennung wurden bereits genugsam betont. Die histopathologischen Veränderungen sind von den verschiedensten Seiten unabhängig voneinander gesehen worden. Es geht also nicht an, sie einfach als nichtvorhanden abzutun. Im übrigen sind sie gerade unter den akuten Psychosen nur in einem geringen Teil der Fälle vorhanden, was auch dafür spricht, daß ihnen eine erhebliche Bedeutung zukommt. Im übrigen wird gemeinsame weitere Arbeit die Frage klären, die nunmehr endlich einmal grundsätzlich in Angriff genommen zu werden scheint.

Kleist (Schlußwort)[1]). Ich danke nicht nur denjenigen, die meinen Bericht mit so großem Beifall aufgenommen und ihm zugestimmt haben, sondern auch meinen Kritikern, da sie mir Gelegenheit geben, Mißverständnisse zu beseitigen und mir gezeigt haben, an welchen Stellen meine Darstellung der Ergänzung bedarf. Bei der Kürze der Zeit kann ich allerdings nicht auf alle Einzelheiten eingehen und kann keine ausführlichen Begründungen bringen. Das werde ich an anderer Stelle nachholen.

Ich bespreche zunächst die sachlichen Bemerkungen und Einwände. Daß Herr *Spatz* meiner Trennung vom Stirnhirn und Orbitalhirn vom anatomischen und klinischen Standpunkte zugestimmt hat und aus dem Bereiche der *Pick*schen Krankheit so schöne Bestätigungen für den von mir vertretenen Zusammenhang zwischen Orbitalhirn und Charakter erbringen konnte, wiegt m. E. schwerer als gewisse Meinungsverschiedenheiten.

So möchte ich gegenüber Herrn *Spatz* betonen, daß das für Charakterveränderungen in Frage kommende Hirngebiet auch nach meiner Ansicht nicht nur das eigentliche Orbitalfeld (*Brodmanns* 11), sondern auch das präorbitale Randgebiet der 3 Stirnwindungen, also auch *Brodmanns* Feld 47 umfaßt[2]). Bei der *Pick*schen und *Alzheimer*schen Krankheit waren nach meinen eigenen und den aus dem Schrifttum zusammengestellten Beobachtungen dieses frontoorbitale Grenzgebiet und die orbitale Rinde, z. T. auch der Gyrus cinguli atrophisch, wenngleich in fallweise wechselndem Grade[3]). Wenn das in den schematischen Zeichnungen meines Buches nicht zum Ausdruck gekommen ist, so deshalb, weil es mir an jener Stelle in erster Linie auf die Atrophien am eigentlichen (konvexen) Stirnhirn und ihre Beziehungen zu Antriebs-, Handlungs-, Sprach- und Denkleistungen ankam[4]). Auch die Beschreibung der Hirnbefunde ist deshalb nur ganz kurz gehalten. Die Eigenart meiner Fälle als *Pick*sche, *Alzheimer*sche Krankheit oder Herdparalyse unterliegt nach der histopathologischen Untersuchung durch *Fünfgeld* nicht dem von *Spatz* geäußerten Zweifel.

---

[1]) Ergänzt nach den schriftlichen Fassungen der vorangegangenen Vorträge und Aussprachebemerkungen.

[2]) Gehirnpathologie S. 1161.

[3]) Gehirnpathologie S. 1238.

[4]) Gehirnpathologie S. 1047.

Digitized by Google

Wenn Herr *Spatz* meint, daß an den Charakterveränderungen auch die basale Schläfenlappenrinde beteiligt sei, so kann man das nicht damit beweisen, daß bei der *Pick*schen Krankheit und bei gedeckten Hirnverletzungen sehr oft außer der orbitalen Rinde auch die der Grundfläche des Schläfelappens erkrankt ist. Dazu müßte vielmehr ein Krankheitsfall beigebracht werden, bei dem Charakterveränderungen auf Grund ausschließlicher Verletzung (Erkrankung) des basalen Schläfelappens beständen. Solche Beobachtungen liegen aber nicht vor. Ich habe übrigens selbst in meiner Gehirnpathologie[5]) schon eine der *Spatz*schen nahestehende Vermutung geäußert, daß nämlich der Schläfenlappenpol (*Brodmanns* Feld 38) affektiven Leistungen, und zwar denen der Gehörswelt (Musik!) dienen könnte.

Eine engere Verwandtschaft der Orbitalrinde mit der allokortikalen Riechregion, die *Spatz* ablehnt, habe ich nicht angenommen, sondern nur gewisse von *v. Economo* angegebene Ähnlichkeiten im zytoarchitektonischen Aufbau zwischen der hintersten Orbitalrinde und der angrenzenden Riechrinde erwähnt[6]). Bei der engen Nachbarschaft zwischen der olfaktorischen Region und dem Orbitalhirn sind die von *Spatz* bezweifelten Faserverbindungen zwischen diesen Windungen doch sicher vorhanden. Die von *Spatz* bemängelte Auffassung der Orbitalrinde und des Cingulums als eine »orbito-cinguläre Sphäre« ist nicht in erster Linie anatomisch, sondern funktionell und klinisch gedacht; wenn das Orbitalhirn der Persönlichkeit und die cinguläre und retrospleniale Gegend der Körperlichkeit dienen, wofür sich Gründe beibringen ließen, so ist ein enges Zusammenwirken dieser beiden Hirnregionen ein physiologisches Erfordernis.

Wenn *Spatz* Bedenken äußerte gegen meine weitgehende Zergliederung und Lokalisierung im Bereiche der Ichleistungen, so glaube ich, daß er Anatomisches und Physiologisch-klinisches nicht genügend auseinandergehalten hat. Über eine Verknüpfung der Person (Charakter) mit dem Orbitalhirn und des Innenkörpers mit der Zwingenwindung bin ich an der Hirnrinde nirgends hinausgegangen. Ob sich für die weiteren physiologischen Gliederungen (Selbst-, Gemeinschafts-, Welt-Ich) einmal getrennte anatomische Träger finden würden, habe ich dahingestellt. Allerdings machen die klinischen Tatsachen eine solche feinere Aufteilung auch in hirnanatomischer Hinsicht sehr wahrscheinlich, denn manche Orbitalverletzte sind nur oder mehr in ihrem Selbst (Würde, Anstand, Reife, Ausdauer), andere nur oder mehr in ihren Gemeinschaftsgesinnungen (Treue, Güte, Mitleid, Opferbereitschaft u. a.) verändert und verschlechtert, was übrigens nicht mit einer »allgemeinen« Enthemmung, wie Herr *Lange* meinte, erklärt werden kann. Dazu kommt, daß auch die niederen Ichleistungen, die Gefühle, Triebe, Dränge und Zwänge, Strebungen und Regungen, für die wir nur Verknüpfungen mit dem Zwischenhirn kennen, getrennt erkranken können, und daß auch da gewisse Hinweise auf verschiedene anatomische Örtlichkeiten bestehen.

Was das eigentliche Stirnhirn (an der Konvexität) anlangt, so hat *Spatz* im Entscheidenden auch da meine Auffassung bestätigt; denn auch nach seinen Beobachtungen weisen Störungen des Antriebs auf Schädigung des konvexen Stirnhirns hin. Dem eigentlichen Stirnhirn — und nicht dem

[5]) Gehirnpathologie S. 1368.
[6]) Gehirnpathologie S. 1163.

Digitized by Google

Orbitalhirn, wie *Spatz* meint — gehören aber auch die tätigen Denkleistungen, bzw. die alogische Denkstörung an, wie ich an Hirnverletzten zeigen konnte.

Die von Herrn *Spatz* bezweifelten Beziehungen zwischen Stirnhirn und Vestibularis bedürfen gewiß noch einer genaueren Begründung, sind aber doch viel wahrscheinlicher als die Vermutungen einer Vestibulariseindstätte im Schläfelappen oder in der Insel. Was für die Insel, die m. E. eher mit dem Geschmack zu tun hat, sprechen soll, hat auch *Spatz* nicht angegeben. Im Schläfenlappen findet sich außer dem in der ersten und zweiten Querwindung nachgewiesenen Hörfeld kein Rindenbezirk, dessen architektonischer Bau oder dessen Faserverbindungen ihn als Sinnesendstätte erscheinen ließen. Die Versuche von *Spiegel* gehen von falschen Voraussetzungen aus: *Spiegel* hat offenbar Teile der Hörrinde gezeigt; ich habe das schon in meiner Gehirnpathologie ausgeführt[7]). Wenn *Stauder* vestibuläre Störungen bei epileptischen Anfällen und Dämmerzuständen beobachtete, so müssen sie ja nicht gerade vom Schläfenlappen herrühren. Mir ist es viel wahrscheinlicher, daß ihr Ursprungsort die Vestibulariskerne in der Oblongata sind, zumal Bewußtlosigkeit, Umdämmerung und Krampfanfall ohnehin auf den Hirnstamm verweisen[8]).

Schließlich hat Herr *Spatz* meinen Bau- und Funktionsplan der Großhirnrinde in Zweifel gezogen, da derselbe mit gewissen vom Rückenmark bis zum Zwischenhirn gewahrten anatomischen Grundsätzen im Widerspruch stehe. Dieser theoretische Einwand, dessen Kraft *Spatz* selbst mit der Bemerkung abschwächt, daß im Endhirn besonders verwickelte Verhältnisse vorlägen, die wir noch nicht annähernd überblicken könnten, vermag aber nichts gegenüber der Tatsache, daß nicht nur von der vorderen Zentralwindung, dem motorischen Organ der Tastsphäre, sondern auch von Hinterhaupt-, Schläfen- und Stirnlappen, motorische Leistungen experimentell und klinisch nachgewiesen sind. Besonders die optisch-motorischen Funktionen spielen eine große Rolle, auf die ich auch in meinem Bericht hingewiesen habe. Auch von der Riechsphäre gehen Krampfanfälle mit Schnüffelbewegungen aus. Außerdem finden sich in jeder der großen Sinnessphären, die ich unterscheide, zytoarchitektonische Felder, die nach ihrer Körnerarmut (besonders in der 4. Schicht) und der Entwicklung großer Pyramidenzellen besonders in der 5. Schicht, wahrscheinlich motorischen Funktionen dienen. Auf entsprechende Ausführungen von *van Gehuchten* und *L. Kappers* sei verwiesen.

Herr *Scholz* hat auf mir wohlbekannte Mängel meines Materials aufmerksam gemacht. Aber sollte ich die einzigartige, ebenso furchtbare wie fruchtbare Gabe des Krieges unbenutzt lassen, weil es mir unter den Verhältnissen eines nahe der Front gelegenen Kriegslazarettes unmöglich war, die zahlreichen von mir sezierten Gehirne aufzubewahren und kunstgerecht mit den feinsten histopathologischen Methoden zu verarbeiten? Viele Nachteile, die einen einzelnen Fall unverwertbar gemacht hätten, ließen sich auch ausmerzen durch den Vergleich mit zahlreichen anderen Hirnverletzungen. Legte uns der Krieg doch Störungen jeder Art reihenweise hin. Schließlich wurden die aus den klinischen Beobachtungen und makroskopischen Hirn-

---

[7]) S. 951.
[8]) S. 1297—99.

Digitized by Google

befunden gezogenen Schlüsse weitgehend bestätigt durch Feststellungen an Erweichungsherden, herdförmigen Atrophien und Hirntumoren, die ich deshalb umfangreich herangezogen habe. Weitere Bestätigungen mit feinerer Methodik haben wir heute von Herrn *Spatz* gehört. Aber selbstverständlich ist es meine und meines Mitarbeiters *Beck* Absicht, die Lücken der bislang verwerteten Beobachtungen durch genaueste, und besonders durch cyto- und myeloarchitektonisch begründete Hirnuntersuchungen zu ergänzen. Herr *Beck* hat Ihnen die ersten Ergebnisse in seinem Vortrage über die Hirngrundlagen der Worttaubheit vorgelegt, und Sie haben gesehen, daß diese feineren Untersuchungen meine gröberen Feststellungen durchaus bestätigt haben. So darf ich annehmen, auch sonst nicht ganz in die Irre gegangen zu sein. Im übrigen ist man schon dabei, mit genauen Untersuchungen von Gehirnen später verstorbener Hirnverletzter die Mängel der unmittelbaren Kriegsbeobachtungen auszugleichen. Ich verweise auf den Vortrag von Herrn *Anders* und auf die Arbeiten von *Esser, Poppelreuter* und *Grünthal,* die ebenfalls Bestätigungen meiner Folgerungen gebracht haben. Die übergroße Bedenklichkeit und die übertriebene Kritik des Herrn *Scholz* führt dagegen zur Verneinung und zur Hemmung des Fortschrittes.

Die Herren *Simon* und *Korbsch* haben davor gewarnt, Beobachtungen an Schizophrenen nach der Art von Feststellungen an herdförmigen Hirnkrankheiten (oder Verletzungen) zu benutzen, und sie haben den Krankheitswert vieler Äußerungen von Schizophrenen unter Hinweis auf die Erfolge der Beschäftigungsbehandlung in Zweifel gezogen. Es ist klar und ich habe das in meinem Bericht besonders betont, daß die Störungen Schizophrener sehr verschiedenartig sind und nur sehr kritisch verwendet werden dürfen. Ich würde nie das negativistische Vorbeigerede, das sich mit der Lockung einer Tafel Schokolade beseitigen läßt, als geeignetes Material ansehen. Die von mir verwerteten planmäßigen Untersuchungen Schizophrener legen dagegen die eigentlichen Ausfallserscheinungen im Denken, Erkennen, Sprechen und Handeln dieser Kranken frei. Wir werden eine bestimmte Hirnstörung natürlich nicht zuerst bei Schizophrenen, sondern zunächst einmal bei grob organischen, herdförmigen Erkrankungen aufsuchen und dann zusehen, ob sich Gleiches oder Ähnliches bei Schizophrenen findet. Dabei können allerdings die Schizophrenen wertvolle Ergänzungen liefern. Dasselbe gilt für Beobachtungen an anderen ausgebreiteten Hirnkrankheiten, wie der Paralyse. Herr *Bumke* glaubte, am Beispiel der Paralyse »alle meine Fehler zusammenfassend demonstrieren« zu können, da ich aus den Größenideen der Paralytiker auf die Lokalisation des Selbst-Ichs im Orbitalhirn geschlossen hätte. In Wirklichkeit habe ich aber die Paralytiker (abgesehen von den Herdparalysen) überhaupt nicht lokalisatorisch verwertet; und die Größenideen oder richtiger die expansive Erregbarkeitserhöhung am Selbst-Ich habe ich nicht mit dem kortikalen (orbitalen) Bezirk des Selbst, sondern mit seiner Zwischenhirnstufe in Verbindung gebracht. Man konnte mich nicht gröber mißverstehen und keine unbegründeteren Vorwürfe erheben.

Ich komme zu den theoretischen Ausführungen und Einwänden, zu denen Herr *Quensel* schon mit Recht bemerkt hat, daß die Einwände die gleichen sind, die man schon häufig gegen lokalisatorische Bestrebungen gemacht hat, und denen schon so oft mit guten Gründen begegnet wurde. Ein Anhänger einer starren Lokalisation, wie die Herren *Lange* und *Bumke* meinen, bin ich übrigens seit meinen ersten, jetzt über 30 Jahre zurückliegen-

Digitized by Google

den hirnpathologischen Arbeiten nie gewesen. Schon der Begriff Lokalisation ist m. E. unzureichend, denn es handelt sich vielfach gar nicht um die Bindung gewisser Leistungen und Störungen an bestimmte Orte, sondern z. T. an langgestreckte oder ausgebreitete Formgebilde des Nervensystems, z. B. ist die spastische Lähmung von der vorderen Zentralwindung bis zum Rückenmark hinab an dieselben Gebilde der präzentralen Rindenzellen samt ihren Neuriten gebunden. Je umfassender die Leistungen sind, um so vielfältiger werden im allgemeinen die ihnen zugeordneten baulichen Einrichtungen des Nervensystems sein. Am Sehen haben auch die Sehnerven ihren Anteil, aber nur ein Tor könnte die gesamten optischen Leistungen in die Sehnerven verlegen, weil Durchtrennung derselben blind macht und dabei die zahlreichen erhaltenen Abschnitte des ganzen Sehsystems vergessen. Eine Lokalisationslehre, gegen die dieser Einwand des Herrn *Bumke* berechtigt wäre, besteht nicht und hat nie bestanden. Was an dem Schlagworte Lokalisation richtig ist, das ist letzten Endes der allgemeine biologische Grundsatz der Arbeitsteilung im Nervensystem, die Zuweisung verschiedener Leistungen an verschiedene Organteile. Er wirkt aber zusammen und findet seine Grenze an einem anderen, ebenso allgemeinen Gesetz, nämlich an dem der Anpassungsfähigkeit des Nervensystems an wechselnde Lebens- und Arbeitsbedingungen, die selbst wieder von verschiedenen Umständen (Alter, Kräftezustand u. a.) abhängig ist. Daher ist alles relativ, es gibt nichts unter allen Umständen Geltendes. Wenn wir von einer normalen Funktion oder einer Störung und ihrem Zusammenhang mit bestimmten anatomischen Gebilden reden, so gilt das nur für die durchschnittlichen Lebensbedingungen. Sobald sich die Bedingungen irgendwie ändern, ändert sich unter Mitwirkung der Anpassungsfähigkeit auch die Funktion bzw. die Störung und je nachdem auch ihr anatomischer Träger. Ein Ausdruck dieser Verhältnisse war *Jacksons* Rückbildungsgesetz und v. *Monakows* Diaschisistheorie, deren Anwendungen nur leider oft ungebührlich erweitert wurden, und *ist O. Foersters* Begriff der »mehrfachen Sicherungen«; am weitesten geht *Bethes* Plastizitätslehre. Eine große Rolle spielt bei den Anpassungen im Großhirn das Zusammenwirken der beiden Hemisphären und das Überwiegen einer, meistens der linken Hirnhälfte, was aber für jede einzelne Funktion bzw. jedes Rindenorgan sich wieder verschieden verhalten kann, z. B. die gelegentliche Rechtshirnigkeit des Sprachverständnisses bei Linkshirnigkeit des Handelns (d. h. Rechtshändigkeit). Daraus erklären sich die meisten sog. negativen Fälle, vermutlich auch die von Herrn *Lange* angeführten, in denen Apraxie bei Verletzung des linken unteren Scheitelläppchens vermißt wurde oder sich sehr rasch — nach Entfernung eines Tumors — zurückbildete.

Ich habe diese allgemeinen Gesichtspunkte, auf die besonders Herr *Lange* hinwies, an verschiedenen Stellen meines Buches berücksichtigt[9]) und bedaure es, daß es mir aus Zeitgründen nicht mehr möglich war, sie in einem besonderen Kapitel und ausführlicher darzustellen, wie ich ursprünglich vorhatte. Wenn es auch bei der Art meines Ausgangsmaterials — den Hirnverletzungen von verschiedenster Örtlichkeit — gegeben und geboten war, die Lokalisation besonders zu beachten, so habe ich doch Sitz und Grad nicht allein die Erscheinungen bestimmen lassen und habe nicht, indem ich die Zerstö-

[9]) Die wichtigsten Ausführungen dieser Art sind auf S. 1368 u. 1369 verzeichnet.

Digitized by Google

rungen Feld für Feld verfolgte, die ganze Welt der Zusammenhänge mit dem übrigen Gehirn, mit Nachbarschaft und Entwicklung fortgegeben, wie Herr *Lange* glaubt. Ich habe daher auch keineswegs gemeint, daß die durch Hirnerkrankungen gefundenen Störungsbegriffe sich zu den entsprechenden Normalfunktionen genau so wie ein photographisches Negativ zu einem Positiv verhielten. Ein so guter Kenner meines Buches wie Herr *Lange* kann doch nicht übersehen haben, was ich mit diesem Bilde sagen wollte, nämlich, daß wir von den Störungsbegriffen auf Normalfunktionen schlössen und das Erschlossene mit dem Ergebnis der Normalpsychologie verglichen, um dann aus diesem Vergleich und aus gegenseitiger Ergänzung der pathologischen und psychologischen Ergebnisse zur wahren Anschauung der Vorgänge und Zusammenhänge zu gelangen[10]).

Offenbar zwingt die Anerkennung einer Anpassungsfähigkeit des Nervensystems — die übrigens, wie auch von *Bethe*[11]) anerkannt wird, an einzelnen Teilen des Nervensystems größer ist als an anderen, an den peripheren und »projektiven« Teilen geringer als an den zentralen Abschnitten — nicht dazu anzunehmen, daß die nervöse Funktion an allen nervösen Bauteilen die gleiche sei, oder daß bei jeder Einzelleistung immer das ganze Nervensystem in Tätigkeit trete, so daß man es allgemein mit »Ganzheitsfunktionen« zu tun hätte. Dagegen sprechen z. B. auch die nervenphysiologischen Versuche *Adrians*, die chronaxiemetrischen Ergebnisse und die uns heute vorgeführten Feststellungen *Kornmüllers* über die Verschiedenheiten der Aktionsströme an verschiedenen architektonischen Rindenfeldern.

Ich habe Ganzheitsfunktionen, z. B. bei der Auffassung von Worten, Melodien und anderen räumlich-zeitlichen Gebilden unumwunden anerkannt, mich aber ebenso bestimmt gegen die durch die Ganzheitslehre verursachten Irrtümer gewandt. Es ist z. B. nicht richtig, daß mit dem Verlust des Formensehens auch jede andere Art von räumlicher oder gestaltlicher Auffassung dahin sei, und es stimmt nicht, daß bei amnestischer Aphasie stets ein allgemeiner begrifflicher (»kategorialer«) Mangel mitspreche, wie *Goldstein* lehrte. Ich kenne auch keine Herderkrankungen im Grenzbereich des Okzipital-, Parietal- und Temporallappens, die, wie Herr *Lange* angab, plötzlich ein rein apraktisches, dann ein rein agnostisches, dann wieder ein aphatisches Gesicht zeigten, ohne daß am Herd etwas geändert wäre. Wenn dieser Eindruck einmal entsteht, so glaube ich auf Grund meiner Erfahrungen, daß irgendwelche feineren klinischen oder anatomischen Unterschiede übersehen worden sind.

Herr *Lange* bezweifelte auch, daß die hirnpathologischen Störungsbegriffe etwas mit der von mir betonten Eigengesetzlichkeit der Nervenphysiologie zu tun hätten. Scharfsinn, Beobachtungsgabe und Normalpsychologie, nicht aber ein Wissen vom Hirn hätten zu diesen Erkenntnissen geführt. Trotz Scharfsinn, Beobachtungsgabe und »Wissen um das normale Verhalten der Menschen«, die wir auch vielen früheren Beobachtern nicht absprechen dürfen, blieb ihnen allen aber die Apraxie, die Herr *Lange* zu Beispiel wählte, verborgen, weil der normalpsychologisch Eingestellte sich einfach nicht vorzustellen vermag, daß jemand falsch handeln könnte, obwohl er richtig auffaßt und denkt und über einen unversehrten Bewegungsappara

[10]) Gehirnpathologie S. 1146.
[11]) Archiv f. Psychiatrie 76.

Digitized by Google

verfügt. Erst der tiefe Blick in das Gehirn ließ *Meynert* ahnen, daß eine Handlungsunfähigkeit trotz allen diesen das richtige Handeln scheinbar restlos gewährleistenden Voraussetzungen möglich sei, und *Wernicke* gab dieser Ahnung dank seinen vorgeschrittenen Einsichten in Bau und Leben des Gehirns eine bestimmte theoretische Formulierung im Begriff der psychomotorischen Übertragungsstörung zwischen Zielvorstellung und Bewegung. Und mit diesem der Eigengesetzlichkeit des Gehirnlebens abgelauschten Begriff ausgerüstet, sah und erkannte *Liepmann* dann die Apraxie an seinem Kranken. *Liepmann* ging aber, ausschließlich geleitet von seiner gehirnphysiologischen Einsicht, noch einen Schritt weiter und erkannte etwas, was einem noch so scharfsinnigen und gut beobachtenden Normalpsychologen niemals aufgehen kann: daß nämlich Auffassung, Überlegung und Plan des Handelns nur für eine, die linke Hand unwirksam werden kann — weil es einen Balken im Gehirn gibt, der in keiner Psychologie vorkommt! Wenn die Hirnpathologie später noch weitere Fortschritte gemacht hat, so dadurch, daß sie sich in gleicher Weise von den Eigengesetzlichkeiten des Gehirns in Bau und Leistung führen ließ. Normalpsychologische Kenntnisse, Beobachtungsgabe und Scharfsinn sind andere notwendige, aber nicht entscheidende Voraussetzungen.

Herrn *Thiele* kann ich nur darin zustimmen, daß die Tatsachen und ihre Feststellung immer den Vorrang haben müssen vor den Theorien; denn die Theorien haben, um das Wort *E. Machs* zu wiederholen, keinen andern Sinn, als die Gedanken, und damit die Handlungen den Tatsachen anzupassen.

Wenn andere Kritiker sich um die besonderen Zusammenhänge nervöser und psychischer Leistungen mit den Einrichtungen des Nervensystems überhaupt nicht bekümmern wollen, und es vorziehen, eine rein psychopathologische Forschung zu betreiben, so kann ich diese Beschränkung als Ausdruck einer persönlichen Anlage oder Vorliebe verstehen, muß es aber als ganz unberechtigt zurückweisen, wenn man aus dieser einseitigen Einstellung heraus die andere, die hirnpathologische Forschungsrichtung als Irrweg bezeichnet, wie Herr *Schroeder* es tat. Die Aufklärungen, die wir Herrn *Schroeder* über Sinnestäuschungen verdanken, werden doch nicht benachteiligt, wenn es anderen gelingt, nachzuweisen, daß Trugwahrnehmungen nicht nur von der Hirnrinde, sondern auch vom Stammhirn ausgehen können. Ich finde sogar, daß dadurch die Frage auch psychopathologisch ein neues Gesicht erhält.

Die Herren *Bumke* und *Lange* meinen schließlich, daß alle Bemühungen um eine hirnpathologische Unterlegung der Psychopathologie insofern fruchtlos seien, als wir die Seele und ihr Verhältnis zum Körper damit doch nicht zu ergründen vermöchten; dies verstehen sie unter dem »Allerheiligsten«, in das wir nie eindrängen und immer im »Vorhof« stehen blieben. Dieser Vorwurf verfehlt aber sein Ziel, weil es gar nicht unsere Absicht ist und unseren biologischen und ärztlichen Aufgaben nicht dient, diese Fragen anzugehen. Sie gehören der Philosophie an, und ich habe es immer peinlich vermieden, Leistungen und Störungen des Nervensystems mit Philosophie zu belasten und zu vermengen. Man braucht deshalb nicht stumpf gegen weltanschauliche Fragen zu sein, und ich bin es ganz gewiß nicht.

Es ist daher auch abwegig, meine Anschauungen als Materialismus zu brandmarken, wie Herr *Bumke* es tat; sie sind weder materialistisch, noch sonst etwas Philosophisches, sondern nichts als schlichte Versuche, Zusammenhänge zwischen nervösen und seelischen Vorgängen mit dem Bau des

Digitized by Google

Nervensystems aufzufinden und dem ärztlichen Handeln nutzbar zu machen. Daß dies nicht ohne Erfolg geblieben ist, haben Ihnen u. a. einige der hirnchirurgischen Krankenvorstellungen von Herrn *Tönnis* gezeigt.

Manches, gegen das Herr *Bumke* zu Felde zog, habe ich auch nie gesagt — etwa, daß das Selbst-Ich im Orbitalhirn »liege«, oder daß die Intelligenz der Hirnrinde und der Charakter dem Subkortex angehörten. Wenn ich einmal von den »von den infrakortikalen Hirnteilen ausgehenden seelischen Leistungen« gesprochen und mich auch sonst da und dort ähnlich ausgedrückt habe, so braucht man sich gegen eine solche abgekürzte Ausdrucksweise doch nicht zu sträuben, wie Herr *Lange* es tut, da man aus allem übrigen ja weiß, daß mir eine Gleichsetzung von Hirnvorgang und seelischem Geschehen völlig fernliegt; ich habe mich darüber schon vor 12 Jahren ausgesprochen[12]). Die »Iche«, über die Herr *Bumke* seine Witze machte, sind keine willkürlichen und beliebigen Begriffe, sondern durch die klinischen Tatsachen geforderte Aufteilungen, wie ich schon Herrn *Spatz* gegenüber bemerkt habe. Dagegen helfen Behauptungen — »Wenn etwas unteilbar ist, so ist es das Ich« — ebenso wenig wie entstellte Wiedergaben meiner Ansichten. Wo hätte ich das Ich in ein »Bündel von Vorstellungen« zerlegt, wie Herr *Bumke* mir vorwarf? Alles Vorstellungsmäßige habe ich dabei ja gerade ausgeschaltet und nur von Gesinnungen und Betätigungen geredet. Aber auch, wo Herr *Bumke* die Gesinnungen erwähnte, irrte er sich und glaubte, ich wolle die Gesinnungen an anderer Stelle des Gehirns lokalisieren als das Selbst-Ich. Wie kann man mir solchen Unsinn zutrauen? — nur wenn man meine Hirntafeln ganz oberflächlich anschaut, an einer Stelle der Abb. 4 »Selbst- und Gemeinschafts-Ich« und daneben Abb. 3 »Gesinnungen und gesinnungsmäßige Handlungen« liest und nicht bemerkt, daß beide Stellen einem und demselben Rindenbezirk des Orbitalhirns (der kortikalen Ichsphäre) angehören, wie besonders aus der Abb. 1 und 2 hervorgeht, und daß »Gesinnungen und gesinnungsmäßige Handlungen« dort eben als Leistungen des Ich eingetragen sind.

Aber lassen wir allen diesen Streit und halten uns an das Goethewort, das wir gestern Nacht wieder auf dem Römerberg gehört haben: »Grau, Freund, ist alle Theorie und grün des Lebens goldener Baum.« An diesem Baum zu wirken und zu pflegen, das ist unsere Aufgabe.

Tönnis-Würzburg: Vorstellung operierter neurochirurgischer Kranker.

Vorgestellt wird ein Spast. Schiefhals (3 J. beschwerdefrei). Ein Meningeom des rechten kleinen Keilbeinflügels, 3 Jahre arbeitsfähig. Zwei Astrozytome des Schläfenlappens, beide arbeitsfähig. Vier Geschwülste der hinteren Schädelgrube. Darunter zwei Astrozytome, davon eines arbeitsfähig, das andere ein 14j. Junge, noch erwerbsbehindert durch eine geringe Gleichgewichtsstörung. Weiter ein Angioblastom, arbeitsfähig und ein Angiogliom, ebenfalls arbeitsfähig. Von zwei Geschwülsten der Seitenventrikel ein Ependymom, ein Astrozytom, beide arbeitsfähig. Eine Frontallappen-Exstirpation wegen Oligodendrogliom, seit 3 Jahren arbeitsfähig. Eine Okzipitallappen-Exstirpation wegen Ependymom, beschwerdefrei auf der Oberrealschule. Ein

---

[12]) *Kleist.* Über die gegenwärtigen Strömungen in der klinischen Psychiatrie. Jahresvers. d. dtschen Vereins f. Psychiatr. Innsbruck am 25. u. 26. Sept. 1924. Allg. Z. Psychiatr. 81. 1925, S. 389.

Digitized by Google

Echinokokkus der rechten vorderen Schädelgrube, als Zimmermann arbeitsfähig, ohne Schwindelerscheinungen auf dem Gerüst. Eine $1^1/_2$ faustgroße Zyste zwischen beiden Stirnhirnen, als Kinderschwester beschwerdefrei tätig. Zwei Hypophysengangszysten, beschwerdefrei. Zwei Teratome der Vierhügelgegend, in der Schule angeblich ohne Behinderung.

Löhr-Magdeburg: Gefäßkrankheiten und traumatische Gefäßveränderungen in arteriographischer Darstellung. Erstmalige Mitteilung von Arteriogrammen bei traumatischen Veränderungen der Gehirngefäße nach schweren Schädelverletzungen.

Nach kurzem Hinweis auf die Physiologie der Hirndurchströmung unter normalen und krankhaften Verhältnissen, wie sie uns das Arteriogramm übermittelt, werden die Zustände des Gefäßsystems im Gehirn bei Commotio, Contusio und Compressio cerebri an einschlägigen Fällen demonstriert. Bei Commotio cerebri findet man häufig einen Gefäßspasmus, bei Contusio cerebri eine Gefäßparalyse und bei Compressio cerebri, vor allen Dingen durch Meningeahämatome, eine Dislozierung der Gefäße wie beim temporalen Hirnabszeß und beim Schläfenlappentumor. Die Arteriographie soll bei Verdacht auf Compressio cerebri frühzeitig angewandt werden, da sie eine eindeutige Frühdiagnose ermöglicht. Die Arteriographie kommt nur bei den schwersten Hirnverletzungen mit unklarer Diagnose in Frage (Beobachtungsmaterial: 900 Fälle von Schädelbrüchen usw.). Ferner werden demonstriert traumatische Gefäßzerreißungen und ein traumatisch entstandenes Aneurysma der Carotis interna an der Schädelbasis. An Gefäßkrankheiten sind hauptsächlich beobachtet die Arteriosklerose und die Lues. Es werden Bilder demonstriert von diffuser Sklerose des ganzen Gefäßsystems und hierauf beruhende Zirkulationsstörungen in arteriographischer Darstellung, ferner Gefäßverschlüsse lebenswichtiger Gefäße des Gehirns (A. cerebri media, A. cerebri ant.) auf sklerotischer Basis, arteriosklerotische Aneurysmen der Carotis interna in der Halspartie am Sinus caroticus, an den mittleren Gehirngefäßen und schließlich diffuse Mikroaneurysmenbildung in dem ganzen Gefäßsystem des Gehirns. Ferner werden demonstriert luetische Gefäßveränderungen des Gehirns und Aneurysmen.

Dyes-Würzburg: Knochenveränderungen des Schädeldaches durch Hirntumoren.

Ref. nicht eingegangen.

Flügel-Leipzig: Liquorblockade bei Hemisphärentumoren.

Bei Tumoren im Bereich der hinteren Schädelgrube ist ein Abschluß der inneren Liquorräume gegen die Zisternen die Regel und erklärt sich durch einfache Kompression. Aber auch bei Tumoren im Bereich der Großhirnhemisphären kann ein solcher Abschluß, eine Liquorblockade, vorkommen. Dies zeigt sich bei der zisternalen Lufteinblasung durch ausschließliche Füllung der Subarachnoidalräume und ausbleibende Ventrikelluftfüllung. Ein solcher Abschluß läßt sich in den meisten Fällen wohl gleichfalls durch Kompressionserscheinungen erklären. Nach erfolgter Entfernung des Hemisphärentumors pflegt daher der Abschluß meist auch wieder zu verschwinden. Dies tritt jedoch nicht in allen Fällen prompt ein, und wir haben den Eindruck, daß manche Komplikationen nach an sich gut verlaufener operativer Entfernung des Tumors, wie z. B. erhebliche Spätnekrosen von Hirnteilen, zeitweilige Prolapsbildungen usw. sich hierdurch erklären lassen.

Digitized by Google

Bei der Durcharbeitung unseres Materiales operierter Fälle von Hemisphärentumoren haben wir gefunden, daß ungefähr ein Drittel der vor der Operation zisternal enzephalographierten Kranken eine solche Blockade, also Nichtfüllung der inneren Hirnhöhlen zeigten. In ungefähr 15% dieser Fälle konnten wir die oben geschilderten Komplikationen feststellen.

Ich möchte jetzt kurz einen charakteristischen Fall dieser Art anführen, bei welchem schließlich durch einen besonderen operativen Eingriff erst eine Beseitigung der Störungen erreicht werden konnte.

Es handelt sich um eine 37jährige Frau, bei welcher ein ziemlich großer Tumor (Endotheliom) im linken Okzipitallappen entfernt wurde. Die vor der Operation vorgenommene Zisternenpunktion hatte den typischen Befund einer Liquorblockade ergeben. Nach der radikalen Entfernung des Gewächses trat aber nur vorübergehende Besserung ein. Allmählich entwickelte sich ein immer zunehmender Prolaps an der Operationsnarbe mit Auswärtsdrängung des Knochendeckels. Zisternale und lumbale Liquorentnahmen hatten keinerlei Einfluß auf diesen Prolaps. Die ventrikuläre Luftfüllung zeigte dann, daß es sich nicht um ein Rezidiv, sondern um einen Hydrozephalus des linken Seitenventrikels handelte mit Prolabierung des erweiterten Ventrikelanteiles in die Narbe. Es mußte sich in vorliegendem Falle also um einen persistierenden Verschluß der tieferen Ventrikelteile, Aquaedukt-Foramen Magendi, handeln. Damit war die Indikation zu einem weiteren operativen Eingriff mit der Aufgabe, diese Verklebungen zu lösen, gegeben. Es wurde eine Freilegung der hinteren Schädelgrube vorgenommen. Es fanden sich auch Verklebungserscheinungen im Bereich der Cisterna cerebello-medullaris. Da aber nach Eröffnung des IV. Ventrikels eine in den Seitenventrikel eingeführte Farbstofflösung noch nicht zu bekommen war, mußten weitere Verklebungserscheinungen im Bereich des Aquäduktes vermutet werden. Es wurde daher eine Bougierung des Aquäduktes mit Gummikathetern vorgenommen. Es fand sich, wie zu erwarten, ein Widerstand, welcher schließlich überwunden werden konnte. Wie die Farbstoffprobe erkennen ließ, war daraufhin die gestörte Passage wieder hergestellt.

Nach erfolgter Operation füllte sich zwar der ausgedrückte Seitenventrikel zunächst wieder, da eine Dauerkompression wegen der äußerst dünnen Hautbedeckung im Bereich der alten Operationsnarbe nicht möglich war. Durch Lumbalpunktion konnte jetzt aber jederzeit der Prolaps zum Verschwinden gebracht werden. Nach einer Reihe konsequent durchgeführter Lumbalpunktionen ist der Prolaps schließlich dauernd zum Verschwinden gebracht worden. Die Kranke ist jetzt in sehr gutem Zustand.

Dieser Fall zeigt, daß bei Hemisphärentumoren ein Abschluß der unteren Ventrikelteile nicht nur vorübergehend bestehen kann, sondern daß bleibende Verklebungen trotz Entfernung der drückenden Geschwulst sich einstellen können. Es hat sich aber glücklicherweise auch gezeigt, daß durch geeignete neurochirurgische Maßnahmen auch hier eine Heilung erzielt werden kann.

Okonek-Würzburg: Vorweisung einer Reihe von Arteriogrammen aus der Neuroch. Abteilung Würzburg, die die Möglichkeiten einer Artdiagnose der Großhirngeschwülste erläutern sollen.

1. Gruppe: Tumoren, die durch das Kontrastmittel im Arteriogramm unmittelbar dargestellt werden (Meningeome, Ependymome, Gefäßgeschwülste).

Digitized by Google

2. Gruppe: Darstellung abnormer Gefäßbildungen im Tumorbereich als Kennzeichen bösartig infiltrierend wachsender und inoperabler Geschwülste. (Maligne Gliome, maligne Meningeome.)
3. Gruppe: Zeigt eine Reihe von Geschwülsten, deren Art sich aus Lage und Ursprungsort ableiten läßt (Extrazerebrale Geschwülste der vorderen Schädelgrube, Tumoren des Corpus callosum, subkortikale Gliome, Pachymeningitis hämorrhagica, Glioblastome der Insel).

Röttgen-Würzburg: Weitere Erfahrungen an arteriovenösen Aneurysmen.

Vortr. berichtet über 4 neue Fälle von kongenitalen arteriovenösen Aneurysmen aus der *Tönnis*schen Abteilung, bei denen sich eindeutige Auswirkungen auf das Herz und den peripheren Kreislauf nachweisen ließen. Einmal fand sich röntgenologisch nach Unterbindung der entsprechenden Carotis comm. und der ext. eine deutliche Verkleinerung eines vorher dilatierten Herzens. Außerdem ließen sich in 3 Fällen Seitendifferenzen des Blutdruckes nachweisen, der auf der herzgekreuzten Seite bis zu 20 mm höher gefunden wurde. Entsprechend zeigten sich Verschiedenheiten der Pulskurven. Es wird weiter berichtet, daß das für Angiome als charakteristisch beschriebene pulssynchrone Gefäßgeräusch auch bei einem Gliom im Bereich des li. Hirnschenkels beobachtet wurde.

von Stockert-Halle-Würzburg: Psychische Störungen nach Hirnoperationen.

Wir können während und im unmittelbaren Anschluß von Gehirnoperationen keinerlei Erscheinungen beobachten, die dem Kommotions- und Kontusionssyndrom nach stumpfen Schädelverletzungen entsprechen. Die postoperativen Reaktionen entsprechen durchaus den von *Bonhöffer* aufgestellten Zustandsbildern der exogenen Reaktionstypen. Es scheint, daß ein längeres Bestehen eines erheblichen Hydrozephalus vor dem Eingriff in der reaktiv sterilen entzündlichen Phase des postoperativen Verlaufes häufiger zu halluzinatorischen Zustandsbildern Veranlassung bietet. Eine hereditäre Belastung aus dem manisch-depressiven Formenkreis vermag zuweilen ebenso wie sonst bei Psychosen infolge von Hirntumoren Form und Verlauf zu beeinflussen. Nach Operationen im Hypothalamusgebiet und Stirnhirntumoren kommt es zuweilen zu Schlafsucht und amnestischen Symptomenbildern, die sich bei in Rückbildung begriffenen Gehirnen bis zu viele Wochen dauernden *Korsakoff*zustandsbildern steigern können, letzten Endes aber auch eine günstige Prognose aufweisen.

Zülch-Würzburg: Zur Histopathologie der Hemisphärengliome der ersten beiden Lebensjahrzehnte.

Der Vorliebe der kindlichen Hemisphärengliome in den ersten beiden Lebensjahrzehnten für eine Lokalisation in dem Windungsgebiet zwischen Parietal-, Okzipital- und Temporallappen entsprach auch eine Bevorzugung eines bestimmten Gewebstyps. Von den untersuchten 12 Tumoren gehörten 7 der Ependymomgruppe an. Diese zeigten in der Gesamtarchitektur eine gewisse Übereinstimmung, es handelte sich um sehr zellreiche Tumoren, die durch Gefäße in einzelne Abteilungen untergliedert wurden. Die Gefäße selbst waren durch eine perivasculäre zellfreie Manschette ausgezeichnet. Bei Be-

Digitized by Google

rücksichtigung der Zellgestalt und der Lage der Zellen zu den Gefäßen, ließen sich 2 verschiedene Typen unterscheiden, ein mehr kompakter mit mosaikartig gelagerten Zellen ohne Zellfüße und ein mehr epithelialer mit deutlich radiärer Anordnung der Zellen zu den Gefäßen und Ausbildung kurzer gedrungener Gefäßfüße. Weiterhin waren sie charakterisiert durch das Fehlen freien Bindegewebes außerhalb der Gefäße (Limitansbildung), spärlichen Fettabbau, dagegen außerordentliche Neigung zur zystischen Degeneration, häufige Kalkeinlagerung besonders in die Gefäßwände, und ein auffällig zahlreiches Auftreten von Mitosen (im Gegensatz zu den bisherigen Angaben über die Ependymome). — Klinisch handelte es sich um besonders symptomarme Bilder, bei denen allgemeine Hirndruckerscheinungen zunächst durchaus im Vordergrund standen und erst spät lokalisierende Symptome (meist Halbseitenerscheinungen) auftraten. Alle 7 operierten Kinder überstanden die Operation und leben nahezu beschwerdefrei. Demnach scheint es sich bei den kindlichen Hemisphärenependymomen um einen neurochirurgisch gut angreifbaren gutartigen Tumortyp zu handeln. Die Bestätigung dieser Ansicht durch die Erfahrung anderer Autoren muß abgewartet werden.

Deppe-Roeder-Göttingen: Enzephalographie und röntgenologische Schichtdarstellung.

Bei der röntgenologischen Schichtdarstellung handelt es sich um eine Methode, deren Anwendungsgebiete bei weitem noch nicht abgegrenzt sind. Es wurde untersucht, inwieweit die Schichtdarstellung eine Erweiterung der bisherigen Möglichkeiten des enzephalographischen Verfahrens darstellt. Trotz einer standardisierten Technik der Enzephalographie (ausreichender Liquor-Luftaustausch, Kontrolle der Längsaufnahmen, der verschiedenen Ventrikelabschnitte durch seitliche Aufnahmen) können erhebliche Schwierigkeiten in der Deutung des Enzephalogramms auftreten. Auf seitlichen Aufnahmen z. B. ist, da beide Seitenventrikel übereinander projiziert dargestellt werden, eine sichere Trennung beider Konturen häufig schwierig. Es wurde hier die Methode der Schichtdarstellung eingesetzt.

Diese ermöglichte in jedem Falle, eine eindeutige Trennung sämtlicher Ventrikelabschnitte beider Seiten vorzunehmen und darüber hinaus einzelne Teile des Kammersystems überlagerungsfrei isoliert darzustellen.

Ferner wurde das Verfahren dazu benutzt, um eine überlagerungsfreie Abbildung des 3. und 4. Ventrikels zu erzielen.

Die Basis des Verfahrens bildeten Modellversuche an Ventrikelausgüssen, die unter Wahrung aller räumlichen Beziehungen in einen Schädel eingebaut wurden. Es wurden die Ergebnisse der Modellversuche praktisch demonstriert, ferner anschließend daran eine Reihe von enzephalographischen Schnittbildern demonstriert.

Abschließend wurde gesagt, daß die Hauptbedeutung des Schichtverfahrens darin liegt, daß identische Ventrikelabschnitte beider Seiten betreffs Kontur, Größe und Lokalisation im Schädelinnern ohne weiteres miteinander verglichen werden können. Das Verfahren beseitigt eine Reihe von Schwierigkeiten, die bei der Deutung der Hirnkammerluftbilder bestanden. Die bisher gebräuchlichen Apparaturen sind allerdings in ihrer augenblicklichen Form nicht ohne weiteres brauchbar und bedürfen einer Reihe von Abänderungen, deren Art sich aus den erwähnten Versuchen ergab.

Digitized by Google

Riebeling-Hamburg: Beiträge zur chemischen Topographie des Gehirns, insbesondere bei Psychosen.

Die Verteilung der hauptsächlichsten Elektrolyte sowie der stickstoffhaltigen molekular- und kolloidal-gelösten Substanzen ändert sich mit verschiedenen pathologischen Zuständen, ohne daß bisher außer für das Chlor einwandfreie Korrelationen zu bestimmten Krankheiten zu finden sind. Es wird über Untersuchungen bei der Urämie, der Schizophrenie und bei der Hirnschwellung berichtet. — Bei der Hirnschwellung verschiebt sich neben dem Wassergehalt der einzelnen Hirnpartien, der fast überall abnimmt, der Kalzium- und Chlorgehalt. Der Eiweißstickstoff nimmt erheblich zu, so daß man an eine Anschoppung von Eiweiß als einen Faktor der Hirnschwellung denken muß.

Für den Vortag des Kongresses, am 22. August 1936 vormittags $9^1/_2$ Uhr hatte der Ausschuß für praktische Psychiatrie der psychiatrischen Abteilung alle anwesenden Psychiater zu einer Beratung über folgende Gegenstände eingeladen:

1. Unterbringung in Heil- und Pflegeanstalten als Sicherungsmaßnahme (eingeleitet von *Trunk*-Straubing und *E. Schultze*-Göttingen).
2. Die Durchführung der erbbiologischen Bestandsaufnahmen in den Anstalten (eingeleitet von *W. Stemmler*-Wiesbaden und *Roemer*-Illenau).

Der Bericht über diese stark besuchte Sitzung findet sich in der Zeitschrift für psychische Hygiene, Band 9, Heft 4 und 5.

III. Sitzung der psychiatrischen Abteilung (25. VIII. 1936). Zunächst findet die ursprünglich für die gemeinsame Sitzung angesetzte Mitgliederversammlung statt, da am 2. Sitzungstage die Zeit hierfür zu knapp war. Vergleiche den Bericht hierüber am Schlusse.

Bericht von I. *H. Schultz*-Berlin: Übung und Schulung als biologische Grundprinzipien der Psychotherapie.

1. Um neben anderen Grundprinzipien die der Übung und Schulung in der Psychotherapie abzugrenzen, ist zunächst eine Umschreibung von »Übung« und »Schulung« zu versuchen. Beide werden als Ganzerlebnis des beseelten Organismus angesehen.

2. Unter »Üben« soll eine mit bewußter Zielsetzung auf Verbesserung wiederholte psychophysische Verhaltungsweise umschriebener oder allgemeiner Art, unter »Schulung« das gleiche mit zusätzlicher Zielsetzung der Persönlichkeitsbildung verstanden sein.

3. Üben mit dem Ziel der aktiven Leistungssteigerung führt zu Verfeinerung, Beschleunigung, Umfangserweiterung und zunehmende Ökonomie der Leistung, wobei die Wirkungsgrenze (»Übungsmaximum« *Meumann*) durch Übungspotenz und Übungswillen (*Kern*) bestimmt ist. Das Problem des Leistungswillens hat in der Psychotherapie besondere Bedeutung; gerade hier erscheinen neben den bekannten tiefenpsychologischen Auffassungen die fundamentalen Studien von *Ach* und seinen Mitarbeitern sowie auch gestaltpsychologische Betrachtungsweisen aufschlußreich (Spannungsverhältnisse, Felderklärung usw.). Das Anwachsen der Leistung in Übungspausen (»schöpferische Pause«) ist ein anschauliches und meßbares Beispiel produktiver Leistung im Unbewußten (*W. T. Book*): eine Art »nervösen Wachstumes«; *Ebert* und *Meu-*

Digitized by Google

mann: »latente Fortbildung«). In der speziellen Psychotherapie außerhalb der Übungstherapie engeren Sinnes spielt leistungssteigerndes Üben eine größere Rolle, als nach den üblichen theoretischen Darstellungen anzunehmen ist, die im Allgemeinen zu sehr auf die Kategorien reiner Einsicht oder emotionaler Abläufe abgestellt sind. Unbeschadet dieser wichtigen Faktoren darf nicht übersehen werden, daß z. B. »Aneignung« wichtiger Selbsterkenntnisse in allen ernsteren Fällen ganz anders erfolgt, als etwa die Übernahme der Lösung einer mathematischen Aufgabe. Immer wieder in unzähligen einfachen Erlebnisschemata des Alltags, der Kindheit, des Traumes usw. muß der Kranke die Selbsterkenntnis erlebend »üben«; während ein rein »pädagogischer« Hinweis auf seine Fehlreaktionen mit der Aufforderung »sich zu ändern«, in allen ernsteren Fällen fruchtlos, ja schädlich ist. Weiß doch der Kranke meistens selbst, daß sein Aktualverhalten irrig ist, und hat sich oft genug selbst »pädagogisch« traktiert; erfährt er gleiches vom Arzt, so wird besten Falles Gleichgültigkeit, oft genug Trotz, Auflehnung, Verzweiflung die Folge sein. Üben als biologisches Geschehen ist an ausreichendes Zeitmaß gebunden und gleichbedeutend mit Umleben (»Übungsfestigkeit«). Es kann im Einzelfall einmal die Entscheidung zwischen einer durch Wegräumen von Hemmungen einsetzenden Entwicklung und einem Übungsverlauf Schwierigkeiten machen; es handelt sich dann meistens um Mischverläufe, die beides enthalten (s. a. 4.) ist doch »Hemmungsbeseitigung« nur selten ohne übende oder entübende Maßnahmen möglich.

Jede ernsthafte Psychotherapie bringt eine Regelung des Kranken in scharfer sachlicher Selbstschau und vollständiger, klarer Berichtgabe mit sich.

4. Üben mit dem Ziel passiver Selbstbefestigung (Abhärtung, Entwöhnung usw.) ist unerläßlicher Anteil jeder »Ermutigung, Disziplinierung«; hart sein können gegenüber Lust und Unlust, wenn es der Sinn des Lebens fordert, muß erarbeitet, übend erworben werden. Die dabei mitwirkenden Willensabläufe sind vorbildlich von *Ach* (Analyse des Willens, 1935, S. 196) bearbeitet.

5. Leistungsüben beginnt schon als Funktionsschulung, Selbstbeherrschungsüben bringt Haltungs- und Einstellungsschulung. In einfachen Fällen setzt ein Selbstheilungsvorgang ein, wenn Leistungs- und Selbstbeherrschungsüben erfolgreich waren. In schwereren Fällen muß der Kranke eigentlichen Sinnes »leben lernen«, er muß eine Lebensschulung erarbeiten.

6. Übend vertiefte Selbst- und Fremderfahrung und Lebensschulung folgen dem erworbenen Vollzugszwang im normalen Seelenleben. (Z. f. ges. Neurologie Bd. 133, S. 665, 1931.)

7. Das *Jost*sche Lerngesetz findet in den Erfahrungen des autogenen Trainings volle Bestätigung.

8. Psychotherapie als ärztliche Heilbehandlung durch seelische Mittel hat nur Eigenwert und Eigenrecht, wenn sie stets mit den biologischen und wissenschaftlich-psychologischen Grundlagen in engster Wurzelverbindung bleibt und geisteswissenschaftliche Methoden und Materialien nur als Hilfsmittel heranzieht. Nur eine in diesem Sinne bionome Psychotherapie hat Aussicht auf Bestand und gesunde Entwicklung.

Digitized by Google

Narziß Ach-Göttingen: Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit.

1. Unter Suggestion verstehen wir die Übertragung einer seelischen Verhaltungsweise auf einen Menschen, derart, daß diese Verhaltungsweise der Wirklichkeit nicht entspricht, also entweder mit der objektiven Wirklichkeit nicht im Einklang steht, wie bei illusionären oder halluzinatorischen Erlebnissen, oder eine Verhaltungsweise, die der subjektiven Wirklichkeit widerspricht, z. B. der eigenen bisherigen Erfahrung, der eigenen Meinung, dem bisherigen Urteil. Unter Suggestibilität verstehen wir die individuelle Bereitschaft und Geeignetheit zur Übernahme derartiger Einwirkungen.

2. Wie die experimentellen Untersuchungen zeigen, steht zu dem Tatbestand der Suggestion bzw. der Suggestibilität die Objektionsfähigkeit in naher Beziehung. Unter Objektion verstehen wir allgemein die Verlegung seelischer Tatbestände auf ein Objekt, unter Objektionsfähigkeit die Eigenschaft eines Menschen, rascher oder langsamer den Prozeß der Objektion zu vollziehen, d. h. innere Erlebnisse, Verhaltungsweisen, Gefühle u. dgl. in entsprechender Gestaltung auf die Dinge zu verlegen.

3. An Hand ausgedehnter experimenteller Untersuchungen hat sich weiterhin herausgestellt, daß typologische Unterschiede hinsichtlich der Eigenschaft der Objektionsfähigkeit bestehen. Die nach innen Gekehrten (Introvertierten, Schizothymen, Gespannten, Perseverativen) zeigen eine geringe Objektionsfähigkeit, während die Extravertierten (Zyklothymen, Entlasteten, Determinativen) in einem angenehmen Verhältnis zur Umwelt stehen, in ihr leicht aufgehen.

4. Es besteht eine positive Korrelation zwischen Objektionsfähigkeit, Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit. In der Praxis ist es deshalb in zweifelhaften Fällen zweckmäßig, zunächst die Objektionsfähigkeit des zu Hypnotisierenden festzustellen.

5. Zur Objektseite des Seelenlebens gehört die sog. Außenwelt einschließlich des Hypnotiseurs und der von ihm ausgehenden Einwirkungen, außerdem der eigene Körper mit den zugehörigen Empfindungen (Schmerz-, Druck-, Bewegungs-, Schwere-, Wärme- und Kälteempfindungen), sowie die sog. Objektionsgefühle. Zur Ichseite gehört die eigene Persönlichkeit, ihr Wollen und Können, ihre Geltung, ihr Anspruchsniveau, ferner die hiermit zusammenhängende Vorstellungs- und Ideenwelt, sowie die Subjektsgefühle. Beim Introvertierten überwiegt die Tendenz zur Trennung, Spaltung, Sejunktion, so daß sich Ich und Objektseite ständig in Spannung gegenüberstehen und infolgedessen auch eine Abwehrstellung des Ich gegenüber dem Hypnotiseur besteht. Er ist deshalb verhältnismäßig schwer zu hypnotisieren. Beim Extravertierten dagegen überwiegt die fusionierende Tendenz, so daß eine solche Spannung des Seelischen nicht besteht. Er ist leicht zu hypnotisieren.

6. Das Verständnis des Einschlafens bzw. des Eintritts der Hypnose wird uns durch das Produktionsprinzip des Seelischen nahegelegt, das den psychophysischen Dynamismus beherrscht. Aus ihm ergibt sich, daß das Einschlafen in doppelter Weise erfolgen kann: erstens durch Ausschaltung der Ichseite z. B. durch völlige Hingabe an das Objekt, wie es bei der Hypnose des Extravertierten der Fall ist, und zweitens durch Ausschaltung der Objektseite z. B. bei völliger Hingabe an die Ichseite (Introvertierte). In beiden Fällen wird die Spannung zwischen Ich und Objekt beseitigt. Es fehlt dann der Potentialabfall als Voraussetzung der Fusion und infolgedessen der Produktion des wachen, bewußten Seins.

Digitized by Google

7. Aufgabe des Hypnotiseurs ist es, die Potentialabfälle innerhalb der Realitätsschicht des Seelischen herabzusetzen bzw. aufzuheben, was an Hand der bekannten Maßnahmen beim Extravertierten rasch zur Hypnose führt. Bei extrem Introvertierten mit dem Bedürfnis nach Trennung von Ich und Objektseite kommt nicht die Hingabe an das Objekt, sondern die völlige Ausschaltung desselben in Betracht. Die suggestive Beeinflussung von seiten des Hypnotiseurs an Hand des Rapports wirkt hier infolgedessen vielfach nicht fördernd, sondern erschwerend. Deswegen sind hier noch besondere Mittel einzusetzen, welche die Ausschaltung der Objektseite nach sich ziehen, ohne daß jedoch der Rapport dauernd unterbrochen wird.

8. Gelingt es, solche Hyperintrovertierte in den Zustand der Hypnose zu versetzen, so sind die posthypnotischen Nachwirkungen von Suggestionen infolge der ausgeprägten perseverativen Veranlagung dieser Menschen von besonderer Stärke, während sie bei den Extravertierten erheblich schwächer sind.

9. Diese und andere Tatbestände scheinen auf eine grundsätzliche Verschiedenheit des hypnotischen Zustandes bei den Introvertierten und den Extravertierten hinzuweisen.

Friedrich Mauz-Gießen: Die Vegetativ-Nervösen in der Psychotherapie.

Dem Vortrag liegen Untersuchungen zugrunde, über die *M.* bereits auf dem diesjährigen Internistenkongreß in Wiesbaden berichtet hat (siehe »Der Nervenarzt« 1936, Heft 7). In Ergänzung der Wiesbadener Ausführungen wird gezeigt, daß die vegetativen Funktionen sich am besten im Gleichgewicht halten, wenn sie im Funktionszusammenhang und Gesamtgefüge der menschlichen Ganzheit verbleiben. Eine nicht in die Ganzheit eingefügte vegetative Funktion wird zu einem immer mehr anwachsenden Störungsmoment und bedroht in gefährlicher Weise den Kern jedes funktionellen Gesundheitsgefühls, die körperliche und seelische Unbefangenheit. Der Arzt muß feststellen, über wieviel echte und gesunde Bestände, über wieviel Niveau und Substanz der funktionell Kranke verfügt. Die Methode dazu ist das ärztliche Gespräch, in dem die Schwächen, Nöte und Anfechtungen des menschlichen Herzens unter den Aspekt weniger großer seelischer Gesetze gestellt und mehr im ganzen abgehandelt werden. Was das menschliche Herz in seinem Alltag erleidet, unterliegt psychologischen Gesetzmäßigkeiten, die typisch und bekannt sind. Wieviel ein Mensch über sich hinauswachsen kann, was er kraft seines Niveaus und seiner Substanz vermag, sagt uns dagegen kein psychologisches Gesetz. Das erste Erlebnis des Echten in einem durch das ärztliche Gespräch gelockerten und entspannten Ich enthüllt dem funktionell Kranken, wie falsch die Vorstellung war, daß er in all seinen Funktionen und Tendenzen entgleisen würde, sobald nicht mehr ein scharfer Wille Bremsungen und Barrikaden setzt. Der verlebendigte echte Kern, die geweckte und aktivierte Substanz hat ihre Dynamik von selbst. Was wachsen und sich zu einem Ganzen fügen soll, braucht Lockerlassen, Sammlung und Zeit, vor allem aber Übung und nochmals Übung. Gesund im funktionellen Sinne ist man nicht, man wird es. Nicht ein für allemal, sondern als täglicher innerer Vollzug in stetiger, schlichter Arbeit an sich selbst.

Speer-Lindau (Bodensee): Über Kontaktpsychologie.

Speer berichtet über einige Grundelemente seiner Kontaktpsychologie.

Digitized by Google

(Vgl. sein Buch: »Die Liebesfähigkeit [Kontaktpsychologie]« in I. F. Lehmanns Verlag München 1935.)

Villinger-Bethel: Über individuelle u. kollektive Methoden in der Psychotherapie.

Wenn auch die individuellen Methoden in der Psychotherapie den Ausgangspunkt jeder wirkungsvollen Behandlung ausmachen und sich bei sog. Organ- und Aktualneurosen gut bewährt haben, so genügt doch ihre Anwendung allein nicht bei der Behandlung und Resozialisierung asozialer Psychopathen. Hier müssen kollektive Behandlungsweisen neben die individuellen treten, wie ausgedehnte Erfahrungen in einer Zweiganstalt der v. Bodelschwinghschen Anstalten bei der Behandlung bestimmter Gruppen sozial entgleister Männer aus gehobener Schicht ergeben haben. Unter Kollektivmaßnahmen werden alle unmittelbaren und mittelbaren therapeutischen Einwirkungen auf das Seelenleben verstanden, die sich nicht allein an einen Einzelnen, sondern an eine Gruppe wenden.

Bei der Durchführung dieser Behandlung hat sich eine Einrichtung nach Art eines Arbeitsdienstlagers am zweckmäßigsten erwiesen. Diese Arbeitstherapie ist eingegliedert in den lebendigen Organismus der v. Bodelschwinghschen Anstalten, so daß von vornherein als erste Kollektiveinwirkung der genius loci sich geltend macht. Weitere Kollektivmaßnahmen sind außer einer sinnvollen Arbeit Gemeinschaftserlebnisse der verschiedensten Art. Sie werden unterstützt und ausgebaut durch geeignete Individualtherapie ärztlicher, seelsorgerlicher und heilerzieherischer Art. Vorbedingung für die Aufnahme in diese Abteilung ist in der Regel die Entmündigung und die Verpflichtung für mindestens ein Jahr. Die zu leistende Arbeit besteht im wesentlichen in der Kultivierung und Siedlungsreifmachung von Moor- und Heideland. Nach etwa einjähriger Arbeitsbewährung und guter Einfügung in das Gemeinschaftsleben wird der Einzelne zu anspruchsvolleren Arbeiten herangezogen bei loserer Zügelführung, aber unmerklicher scharfer Überwachung. Von hier aus erfolgt bei weiterer Bewährung die Entlassung, für die eine entsprechende Milieugestaltung dringend notwendig ist.

Von rund 300 Fällen der letzten Jahre konnte ein Drittel in die Volksgemeinschaft und den Arbeitsprozeß mit gutem Erfolg zurückgegeben werden, während bei einem weiteren Drittel der Erfolg als unsicher bezeichnet werden muß und das letzte Drittel sich als nicht wiedereingliederungsfähig erwiesen hat. Dabei ist zu berücksichtigen, daß es sich zwar nur zu einem kleinen Bruchteil (17%) um kriminelle, wohl aber durchweg um ganz besonders schwierige haltlose Psychopathen handelte, die meist nach vielen Vorbehandlungs- und Wiedereingliederungsversuchen in den v. Bodelschwinghschen Anstalten gelandet waren.

Das Ergebnis dieser Erfahrungen:

1. Bei stark asozialen männlichen Psychopathen gehobener Stände ist eine sinnvolle und elastische Verbindung von Individual- und Kollektivtherapie der Einzelbehandlung zweifellos überlegen, sofern sie unter bestimmten Bedingungen und lange genug durchgeführt wird. Es gelingt dann nicht selten, scheinbar hoffnungslose Fälle wieder gemeinschafts- und berufsfähig zu machen.
2. Die Kollektivtherapie nach Art eines Arbeitsdienstlagers wirkt im Sinne der von *J. H. Schultz* gemeinten Übung, Schulung und der Umgewöhnung.

Digitized by Google

3. Es sind offenbar nicht so sehr die unmittelbaren, insbesondere die verbalen Beeinflussungen unter den Kollektivmaßnahmen, die für den Erfolg ausschlaggebend sind, als vielmehr die mittelbaren Einwirkungen durch die gesamte geistig-sittliche Atmosphäre und das Erlebenlassen gemeinschaftsbildender Kräfte.

Aussprache:

v. Holst: Es wäre mir wertvoll vom Herrn Vortragenden zu hören, ob auch er bei psychogenen Symptomen wie Sprachverlust, Gehunfähigkeit, Erbrechen nach schweren seelischen Erschütterungen überwiegend schnelle psychotherapeutische Erfolge erreicht hat, während funktionelle Störungen, die durch drohende Ereignisse bewirkt waren, jeder Form der Psychotherapie trotzten.

Göring dankt für die Begrüßung des Herrn Kretschmer, die er der Deutschen allg. ärztl. Gesellschaft für Psychotherapie hat zuteil werden lassen; er gibt seiner Freude darüber Ausdruck, daß die Streitaxt zwischen den beiden Gesellschaften begraben ist. Er teilt mit, daß auf Veranlassung des Reichsärzteführers im Anschluß an die psychotherapeutische Gesellschaft ein Deutsches Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie gegründet worden ist, das u. a. die Aufgabe hat, eine Einigung innerhalb der verschiedenen Richtungen der Psychotherapie herbeizuführen.

Schultz-Berlin: Die interessante Anfrage von Herrn *von Holst* trifft sehr komplizierte Zusammenhänge, die u. a. die »Wirkhaftigkeit« des innerlich und äußerlich »Wirklichen« betreffen und schwer kurz zu fassen sind.

Störring-Göttingen: Gedächtnisverlust durch Gasvergiftung. (Ein Mensch ohne Zeitgedächtnis.) — Tonfilm.

Zur großen Freude des Vortragenden konnte der von der Ufa in Berlin im Sommer 1935 mit Mitteln der Deutschen Forschungsgemeinschaft und der IG. Farben Leverkusen hergestellte wissenschaftliche Tonfilm über den Merkunfähigen zum ersten Male in psychiatrischem Kreise vorgeführt werden. Im Juni 1936 wurde der Film auf dem Psychologen-Kongreß in Jena gezeigt, wo er mit großem Interesse aufgenommen wurde.

Da über den Fall schon auf mehreren psychiatrischen Kongressen gesprochen und derselbe in Zeitschriften eingehend dargestellt und kürzlich noch monographisch[1]) bearbeitet wurde, brauchte auf Einzelheiten nicht eingegangen zu werden.

Es ist vielleicht auf den ersten Blick überhaupt verwunderlich, daß sich der Vortragende heute nach Jahren immer noch mit derselben Materie befaßt. Er fühlte aber wegen der grundsätzlichen psychiatrischen und psychologischen Bedeutung des Falles und wegen seiner Einmaligkeit der Wissenschaft gegenüber die ernste Verpflichtung, diesen Fall möglichst erschöpfend darzustellen, dieses um so mehr, als von namhaften Psychiatern an der Absolutheit und Isoliertheit und manchen auch an der organischen Natur des Gedächtnisausfalles noch immer gezweifelt wurde. Den Kritikern hat es also der Vortragende in erster Linie zu verdanken, daß er sich so intensiv und so lange hiermit beschäftigt hat. Haben wir es bei diesem Patienten doch zu tun mit einem sehr seltenen reinen Experiment der Natur, mit einem Kranken, der vom Tage seiner Hochofengasvergiftung an seine Merkfähigkeit vollständig ver-

[1]) Gedächtnisverlust durch Gasvergiftung. Ein Mensch ohne Zeitgedächtnis. Leipzig 1936.

Digitized by Google

loren hat. Seine Zeit ist am Tage der Gasvergiftung stehen geblieben. Er kann seither alle Erlebnisse nur für etwa eine Sekunde behalten, um sie dann für immer zu vergessen und außer dieser absoluten Merkunfähigkeit finden sich keine andere primären Störungen. Die schwere Hochofengasvergiftung hat in diesem Falle durch ein seltsames Spiel der Natur nur diese bestimmte Gedächtnisfunktion ganz vollständig und isoliert zum Erlöschen gebracht und dabei die übrige Persönlichkeit vollkommen intakt gelassen. Weder auf psychischem noch auf körperlich neurologischem Gebiete konnte in den vielen Jahren seit der Gasvergiftung bei dem Kranken eine anderweitige primäre Störung festgestellt werden. Sommer 1935 wurde der Patient enzephalographiert, und es konnten dabei völlig normale Enzephalogramme erhalten werden. Ein von Professor *Berger* in Jena im Herbst 1935 angefertigtes Elektrenzephalogramm ist ebenfalls ganz normal ausgefallen.

In dem Tonfilm wird ein Ausschnitt von den Untersuchungen gezeigt, die mit dem Patienten angestellt wurden. Alle Szenen, die im Tonfilm gezeigt werden, werden ganz unfrisiert, so wie sie aufgenommen wurden, vorgeführt. Die dadurch auftretenden Wiederholungen wurden absichtlich nicht weggeschnitten, um die natürliche Wiedergabe nicht zu stören. Leider ist es aber in dem Tonfilm doch nicht ganz gelungen, die völlige Unbefangenheit und Natürlichkeit des Kranken zu zeigen, die er bietet, wenn er sich nicht beobachtet sieht. In dem Tonfilm tritt immer wieder seine Ratlosigkeit störend hervor. Fast jede Frage, die man an ihn stellt, beantwortet er mit einem ratlos-erstaunten Gesicht, und er stutzt immer etwas, so daß es deshalb oft nicht zu einer Antwort kommt und bei dem oberflächlichen Betrachter dadurch der Eindruck einer Auffassungsstörung erweckt werden kann. Der Kranke muß sich ja noch immer wieder wundern, wenn er von einem wildfremden Manne (dieses bleibt der Vortragende für den Patienten stets) ohne ersichtlichen Grund nach seinem Alter, nach dem Datum u. dgl. Dinge gefragt wird. Er weiß in keinem Augenblicke, zu welchem Zwecke es geschieht, und man kann ihm das auch nie klar machen, da er nur ein Einsekundenbewußtsein besitzt. Dieses muß man berücksichtigen, wenn man sich im Tonfilm in die seelische Situation des Kranken einigermaßen hineinversetzen will.

Pittrich-Frankfurt a. Main: Filmvorführungen zur Bewegungspathologie.

Die im Film gezeigte Pt. erkrankte Anfang 1935 mit einer Schwäche im rechten Arm und Bein, die sich allmählich wieder zurückbildete. Mitte des Jahres trat eine Verschlimmerung ein, die nach einigen Wochen ebenfalls wieder abklang. Im November 1935 erfolgte wieder eine Zunahme der paretischen Erscheinungen, die zur Klinikaufnahme der Pt. führte.

Die Untersuchung ergab neurologisch: allgemeine Akinese, rechtsseitige Parese und linksseitige spastische Zeichen am Bein, Dyspraxie links, Haltungsverharren und zwar links stärker als rechts, Greifreflex und Gegenhalten dagegen rechts stärker als links, Kontraktionsnachdauer rechts. An Allgemeinerscheinungen bot die Pt. zunehmende Schläfrigkeit und Kopfschmerzen, sowie Schwerbesinnlichkeit. Stauungspapille fehlte. Die rechtsseitige Parese und die linksseitigen spastischen Erscheinungen am Bein wiesen auf einen Prozeß, wahrscheinlich Tumor, am oberen Teil der linken vorderen Zentralwindung und des Stirnhirns hin, die linksseitige Dyspraxie ließ eine

Digitized by Google

Beteiligung des Balkens in dieser Gegend erkennen, ferner zeigten die noch vorhandenen Symptome wie Akinese, Haltungsverharren, Kontraktionsnachdauer, Greifreflex eine starke Druckwirkung auf den Hirnstamm von oben her an. Das Ventrikulogramm bestätigte diese Lokalisation.

Im Februar d. J. wurde die Pt. von Prof. *Tönnis* operiert. Bei der Operation fand sich ein ausgedehnter linksseitiger Frontaltumor, der in den Balken eingewachsen war und wegen seiner großen Ausdehnung nur zum Teil entfernt werden konnte. Nach der Operation bildeten sich die paretischen Erscheinungen langsam zurück und sind jetzt nur noch angedeutet vorhanden, während die Stammhirnsymptome vollkommen geschwunden sind.

Eine genauere Erörterung der Erscheinungen, insbesondere der Stammhirnsymptome, und vornehmlich der Kontraktionsnachdauer bleibt einer Veröffentlichung vorbehalten.

Schwarz-Berlin: führt einen Röntgentonfilm vor, welcher die Aufgaben und Arbeit der Hochschulabteilung der Reichsstelle für den Unterrichtsfilm verdeutlicht.

W. Ederle-Tübingen: Über unsere seitherigen Erfahrungen mit der Insulinschockbehandlung der Schizophrenie.

Insgesamt wurden bis jetzt 81 Fälle, teils in Gießen, teils in Tübingen, nach der von Sakel angegebenen Behandlungsmethode in Behandlung genommen. Etwa ein Drittel der behandelten Fälle kam zu einer Vollremission, ein Drittel wurde wesentlich gebessert und ein Drittel blieb stationär oder verschlechterte sich. Nach einer entsprechenden Sichtung des Schizophreniematerials der Tübinger Klinik aus dem Jahre 1935, das 147 Fälle umfaßt, ergeben sich etwa 4% Spontanremissionen, $^1/_3$ wesentliche Besserungen und $^2/_3$ der Fälle blieben stationär oder nahmen einen prognostisch ungünstigen Verlauf. Über das weitere Schicksal der mit Insulin behandelten Fälle ist noch nichts bekannt. Rezidive kommen vor. Die erzielten Erfolge sind nicht so günstig wie die Sakels, der 88% berufsfähige Remissionen bei Frischerkrankungen erzielte. Die seitherigen Erfahrungen sprechen aber doch dafür, daß zum mindesten bei einem Teil der schizophrenen Erkrankungen und bei frischen Fällen die angegebene Behandlungsmethode mit Erfolg angewandt werden kann. Komplikationen können vorkommen. Todesfälle haben wir bis jetzt nicht zu verzeichnen. Eine Gegenindikation für die Weiterführung der Behandlung ist in den beobachteten Komplikationen nicht zu erblicken. Eine möglichst breite Nachprüfung ist im Gegenteil zu empfehlen. Selbstverständlich müssen auch die Patienten, die wesentlich gebessert werden oder in eine Vollremission kommen, sterilisiert werden, da natürlich die schizophrene Erbanlage nicht beeinflußt wird.

Aussprache:

Mauz-Gießen: berichtet in aller Kürze über 41 schizophrene Kranke, die er seit 1. IV. 36 mit Insulin behandelt hat. Es sind z. T. erstaunliche Besserungen beobachtet worden, die aber leider nach den bisherigen Erfahrungen nicht anzuhalten scheinen. Der vorläufige Eindruck von den Erfolgsmöglichkeiten der Insulinbehandlung ist jedenfalls längst nicht so günstig wie in Wien. Trotzdem wird man verpflichtet sein, die Versuche fortzusetzen.

Fahreddin Kerim Gökay-Istanbul: Die Insulinbehandlung bei Schizophrenie wurde in unserer Klinik in Istanbul durchgeführt, und zwar waren die verabreichten Insulindosen nicht hoch. Leider haben wir mit geringen Insulin-

Digitized by Google

dosen keine guten Resultate erzielt. Namentlich bei paranoiden Wahnzuständen wurden die Wahnideen und Halluzinationen sogar vermehrt und gesteigert. Ich werde jetzt versuchen, höhere Insulindosen anzuwenden. Wir wissen ja schon, daß die Schizophreniefrage in ihrer ätiologischen Hinsicht noch nicht gelöst ist. Wir wissen noch nicht, was ihre Ursache und ihre Pathogenie ist. Deshalb dürfen wir mit einem abschließenden Urteil über verschiedene Behandlungsmethoden nicht voreilig sein.

Küppers-Illenau:

Wir behandeln in der Illenau unsere Schizophrenen erst seit Anfang Juli d. J. mit Insulin, haben aber doch schon jetzt überraschend günstige Erfolge erzielt. Von 23 Behandelten sind heute schon 6 praktisch geheilt. 4 weitere sind sichtlich auf dem Wege der Besserung. Dabei haben wir keineswegs nur frische Fälle behandelt. Auch die bisher refraktären Fälle sind überwiegend doch günstig beeinflußt, so daß unsere unruhige Abteilung ein ganz anderes Bild bietet als vorher. Für den Anstaltspsychiater bedeutet schon diese Seite des Behandlungserfolges einen großen Fortschritt. — An unangenehmen Zwischenfällen haben wir nur einen erlebt, der aber auch günstig auslief, ja sogar einen beträchtlichen Heilerfolg mit sich brachte. — Davon, daß die Besserungen, die man bei der Behandlung sieht, verkannte Spontanheilungen seien, kann nach der unmittelbaren Wirkung des einzelnen Shocks und nach dem ganzen Verlauf der Heilung, bei der die Kranken plötzlich von ihren krankhaften Erlebnissen Abstand gewinnen, gar keine Rede sein. — Es scheint uns wichtig, darauf aufmerksam zu machen, daß mit dem Ausdruck »Koma« bei der Insulinbehandlung, so wie sie in Wien ausgearbeitet worden ist, nicht etwa ein Zustand völliger Reaktionslosigkeit gemeint ist, vielmehr ein Zustand, den wir für unseren Hausgebrauch als »Unweckbarkeit« bezeichnen. — Den Ausdruck Insulin-»shock« sollte man dem Publikum gegenüber vermeiden, da er abschreckend wirkt. Wir sprechen daher von Insulinschlafbehandlung. — Die Sterilisierung der Schizophrenen wegen der Erfolge der Insulinbehandlung aufzugeben, wäre gerade so, als wollte man deswegen, weil das Diphtherieheilserum gefunden worden ist, aufhören, die Diptheriekranken zu isolieren.

Lehmann-Facius-Frankfurt a. M.: An der Frankfurter Klinik wird die Behandlung der Schizophrenie seit 2 Jahren mit Anästhesulf, einem fiebererzeugenden Schwefelpräparat, mit günstigem Erfolg durchgeführt, worüber Ref. vor 1 Jahr auf der Baden-Badener Tagung berichtete. Bei einigen mit Anästhesulf nicht beeinflußbaren Fällen wurde die Insulin-Therapie versucht, und zwar bei jugendlichen Katatonen. Bei einem derselben konnte eine, etwa $^1/_2$ Jahr anhaltende Remission erzielt werden. In diesem Falle waren die ersten Symptome der Krankheit erst vor einigen Monaten aufgetreten. Bei einem anderen Katatonen waren eine im prähypoglykämischen Stadium aufgetretene erhöhte Nachahmungsstrebung, sowie eigenartige psychomotorische Erregungen während des Shoks auffallend. Eine klinische Besserung war hierbei ebenso wenig wie bei einigen anderen Fällen zu beobachten. — Ein weiterer Katatoner fiel durch eine erhebliche Insulin-Resistenz auf. Bei diesem konnten selbst mit 120 E. Insulin noch keine hypoglykämischen Reaktionen ausgelöst werden. Bei der Ausführung der Insulin-Therapie wurde an dem von *Sakel* gegebenen Schema festgehalten.

Nach unseren bisherigen, wenn auch zahlenmäßig geringen Erfahrungen, ziehen wir eine intensive Anästhesulf-Behandlung bei Schizophrenen der Insulin-Behandlung vor. Nur bei Anästhesulf-resistenten Fällen machen wir einen Versuch mit der Insulin-Therapie.

Digitized by Google

Langelüddeke-Haina: behandelt seit Jahren mit Anästhesulf, seit kurzem auch mit Insulin, ohne über das letztere genügend Erfahrung zu besitzen. Er weist hin auf den Vorteil, den jede aktive medikamentöse Therapie durch die Beeinflussung der psychischen Situation für die Kranken hat.

K. Th. Dussik-Wien: Auch wir, insbesondere der Vorstand der Wiener Klinik, Prof. *Pötzl*, haben uns erst, nachdem an einzelnen Versuchsfällen die Hypoglycämiebehandlung von *Sakel* gute Ergebnisse gezeigt hat, obwohl bei diesen Fällen namhafte Psychiater eine durchaus ungünstige Prognose gestellt hatten, dazu entschlossen, die Fälle von Schizophrenie der Behandlung zuzuführen. Ich muß mich darauf beschränken, einzelne Schlagworte zu den in diesem Zusammenhange wichtig erscheinenden Punkten mitzuteilen. Wir haben Oktober 1933 begonnen, bisher 160 Fälle an der Klinik behandelt und halten nach diesen fast dreijährigen Erfahrungen daran fest, daß wir es hier mit einem brauchbaren Weg zur Behandlung dieser Krankheit zu tun haben, den wir bei initialen Fällen für indiziert halten.

Die Gefahren müssen betont, dürfen aber nicht überschätzt werden unter einer unerläßlichen Vorbedingung, daß bei der Behandlung auch alle Einzelheiten der Wiener Angaben berücksichtigt werden. Neben *Sakels* Monographie, dem kasuistischen Bericht in Heft 3 der Zeitschr. für die ges. N. u. P. 1936 weise ich auf eine in Kürze erscheinende Arbeit *Sakels* in der Wiener klinischen Wochenschrift über die Methodik hin. Wir haben bisher 3 Fälle verloren, die Ursachen sind in unserem kasuistischen Bericht veröffentlicht. Da zu den 160 Fällen noch 60 Privatfälle *Sakels* unter Kontrolle *Plötzls* dazukommen, ist unsere Mortalität $1^1/_2$%. Diese Fälle fallen in die erste Periode der Behandlung. Wir glauben, daß jetzt bei präziser und minutiöser ausgearbeiteter Methodik die Gefahr noch gesunken ist. Die Absicht des verdienstvollen Referates *Ederles* war es, zu zeigen, daß etwas an der Therapie dran ist und die Versuche damit angezeigt sind. Will man den Prozentsatz der zu erzielenden Remissionen beurteilen, muß man von möglichst gleichartigem Material ausgehen. Eine besondere Rolle spielt die Dauer der Erkrankung. Wir erzielen bei Fällen, die wir als »frische« bezeichnen, in 70% Vollremissionen, in 80% Berufsrückkehr. Wir glauben, daß die Diagnostik der Wiener Schule in mancher Beziehung eher enger ist, als sonst.

Außerdem sprechen uns die Vollkommenheit der Remissionen, ihr rasches, schrittweises Eintreten unter der Therapie und verschiedene interessante phänomenologische Vorgänge für die Behandlung. Rückschläge und gelegentliche Differenzen in den Zahlen sind unvermeidbar. Es spielen z. T. Fehler in der Anwendung sicher eine Rolle. Das Verfahren ist sehr subtil, nicht die Dosierung ist schwierig, als vielmehr die richtige Dosierung der Dauer und Tiefe der Schocks. Ein zu kurz oder zu lang währender Schock kann den erzielten Erfolg zunichte machen. Jede Verschlechterung muß analysiert werden, dann entdeckt man meist irgendeinen Fehler. Die Patienten sind während der Hypoglykämie sehr labil, eine intravenöse Blutabnahme, eine Punktion können in gewissen Stadien wesentlich schaden. Hervorheben möchte ich, daß wir die hypoglykämische Reaktion von Spritze bis zur Zuckerzufuhr höchstens 5—6 Std., eine tiefe Somnolenz oder ein Koma nicht länger als höchstens $1^1/_2$ Std. zulassen. Wer diese Zeit überschreitet, tut dies in der Gefahr, eine dauernde Schädigung zu setzen. Wir selbst haben Dauerschädigungen bisher nicht beobachtet. Wenn Patient $^1/_2$ Std. nach Zuckerzufuhr noch nicht erwacht, muß unbedingt mit größter Energie vorgegangen werden. Intravenöse Trauben-

Digitized by Google

zuckerzufuhr bis 400 und 500 ccm mit Aderlaß, künstliche Ernährung, evtl. Punktion bei Krampfzuständen, Amylenhydratklysma und Novalgin. Wir bemühen uns, alle Details mitzuteilen, trotzdem sind Feinheiten der Therapie, die jedem Fall angepaßt werden muß, eigentlich nur durch persönliche Erfahrungen kennenzulernen.

Wir laden daher ein, sich in Wien die Vorgangsweise anzusehen, empfehlen aber mindestens 6—8 Wochen.

M. D. H., wir sind uns bewußt, erst am Anfang zu sein, insbesondere alle theoretischen Fragen, so z. B. die konstitutionellen Differenzen der Hgl-Reaktion pathopsychologische Momente der Reaktionsumkehr, der psychotischen Aktivierung und motorische Phänomene sind noch nicht geklärt. *Sakel* selbst hat nur eine Arbeitshypothese, keine Theorie. Es ist uns bewußt, in wievielen Punkten die Therapie auf früheren Beobachtungen und Leistungen fußt, wenn sie auch als solche originell ist. Wir sind aber der Überzeugung, die Frage der Therapie der Schizophrenie um einen wesentlichen Schritt weitergebracht zu sehen, ein Weg, der mit strenger Kritik und Vorsicht weitergegangen werden soll.

H. F. Hoffmann-Tübingen: H. weist daraufhin, daß der Vortrag *Ederle* in erster Linie zur Nachprüfung anregen soll. Die Erfolge der Insulinbehandlung berechtigen zweifellos zu gewissen Hoffnungen, doch ist bezüglich der Dauer der Erfolge vorläufig noch Zurückhaltung am Platze. Die Gefahren der Behandlung sind um so geringer, je sachgemäßer und vorsichtiger verfahren wird. Sie sind kein Gegengrund für die Anwendung des Verfahrens, das Aussichten bietet, ein unheilbares Leiden günstig zu beeinflussen.

Ihsan Schükrü-Aksel-Istanbul: Histologische Untersuchungen am Gehirne des ältesten Mannes der Welt (Zaro-Aga).

Bei einem mehr als 130jährigen Menschen, der merkwürdigerweise an einer Lungenphthise gestorben war, finden sich im Gehirne:

1. Sehr starke lipoide Einlagerungen in den Ganglien- und Gliazellen,
2. Im ganzen Gehirn verstreut merkwürdige plasma-arme große Gliakerne.

Es ist auffällig, daß keine stärkere Atrophie vorlag. Daß an einer Stelle der Frontalrinde senile Drusen angetroffen wurden, ist nicht erstaunlich, denn wir wissen ja aus der Literatur, daß verschiedene Autoren, wie *Alzheimer, Bertrand, van Bogaert, Lafora, Schaffer, Simchowicz, Struve* u. a. diese Drusen auch bei jungen Leuten festgestellt haben, die durchaus nicht an irgend einer Psychose gelitten haben.

Es scheint mir hier noch angezeigt, etwas über die eigenartigen, großen Gliazellen zu sagen.

Diese Zellen, die besonders an Pseudosklerosezellen oder an vorkommende Tumorzellen erinnern, können vielleicht mit den Zellen der bei alten Menschen oft vorkommenden tumorartigen Warzen verglichen werden. Dies ist aber eine Hypothese, die erst einer weiteren gründlichen Durchforschung bedürfte.

Erscheint im Archiv.

Fahreddin Kerim Gökay-Istanbul: Die psychischen Krankheiten durch Mißbrauch von Heroin und Haschisch in der Türkei.

Es werden die mannigfachen psychischen Störungen bei Heroin- und

Digitized by Google

Haschischmißbrauch auf Grund der in der Türkei gewonnenen Erfahrungen ausführlich geschildert. (Vgl. ausführliche Wiedergabe des Vortrags im Kongreßbericht in der Zeitschrift für die ges. Neurologie und Psychiatrie.)

Langelüddeke-Haina: Zur gesetzlichen Behandlung Rauschgiftsüchtiger.

Die Bekämpfung der Rauschgiftsuchten (Opium und seine Derivate, Kokain usw.) hat sich im Opiumgesetz vornehmlich auf die Abgabe der Mittel beschränkt. So gut die Erfolge dabei gewesen sind, so bedarf es doch einer gesetzlichen Erfassung auch der Verbraucher. Für die wirksame Bekämpfung der Rauschgiftsucht ist die zwangsweise Entziehung und die nachfolgende Beaufsichtigung das einzig brauchbare Mittel. Vortr. macht folgende Vorschläge:

1. Rauschgiftsüchtig im Sinne eines zu schaffenden Gesetzes ist, wer ohne ausreichende ärztliche Indikation wiederholt Rauschmittel zu sich nimmt. Die Mittel, die als Rauschgifte im Sinne dieses Gesetzes anzusehen wären, sind durch Verordnung zu bestimmen. (Nach Ansicht des Vortr. wären auch gewisse Schlafmittel dazu zu rechnen.)
2. Jeder Rauschgiftsüchtige ist vom behandelnden Arzt dem Kreisarzt zu melden; ebenso ist jeder Kranke zu melden, der regelmäßig aus ärztlicher Indikation Rauschmittel erhält. Der Kreisarzt entscheidet im Benehmen mit dem behandelnden Arzt, ob die Indikation ausreicht.
3. Rauschgiftsüchtige sind vom Kreisarzt vorzuladen. Dieser entscheidet nach Untersuchung darüber, ob der Rauschgiftsüchtige zur Entziehung in eine Anstalt einzuweisen ist oder ob — in den leichtesten Fällen — eine Entziehung außerhalb der Anstalt möglich erscheint.

   Im ersteren Falle fordert der Kreisarzt den Rauschsüchtigen auf, sich innerhalb einer gegebenen Frist, die in der Regel einen Monat nicht übersteigen soll, sich in die für den Kreis zuständige Anstalt zu begeben. Kommt der Rauschgiftsüchtige dieser Aufforderung nicht nach, ist er mit Hilfe der Polizei in die Anstalt zu bringen.

   Im letzteren Falle muß längstens innerhalb Monatsfrist völlige Freiheit von Rauschgiften erzielt sein; die weitere Beaufsichtigung erfolgt wie bei den in der Anstalt entzogenen Rauschgiftsüchtigen.
4. Zur Entziehung werden in den einzelnen Teilen des Reiches geeignete geschlossene Anstalten bestimmt.
5. Die Dauer der Internierung richtet sich nach der Lage des Falles; sie soll in der Regel nicht weniger als 2 Monate, nicht mehr als 9 Monate betragen. Für Entlassungen, die vor Ablauf von 2 Monaten erfolgen sollen, wie für über 9 Monate dauernde Internierungen ist die Zustimmung des Kreisarztes erforderlich. Entlassungen sind dem Kreisarzt unter Angabe der zukünftigen Wohnung des Rauschgiftsüchtigen zu melden.
6. Aus der Anstalt entlassene Rauschgiftsüchtige sind im ersten Halbjahr nach der Entlassung mindestens einmal im Monat vom Kreisarzt zu untersuchen. Danach soll alle Vierteljahr eine Untersuchung stattfinden. Nach Ablauf von insgesamt 3 Jahren nach der Entlassung soll eine 3tägige Unterbringung in der zur Entziehung bestimmten Anstalt stattfinden. Ergibt diese keinen Verdacht, soll die Beaufsichtigung abgeschlossen werden. Ergibt eine kreisärztliche Unter-

Digitized by Google

suchung den Verdacht, daß der Rauschgiftsüchtige wieder Mittel nimmt, so kann der Kreisarzt eine dreitägige Unterbringung in der Entziehungsanstalt anordnen.

7. Rauschgiftsüchtige, die nicht imstande sind, ihre Angelegenheiten zu besorgen oder sich oder ihre Familie der Gefahr des Notstandes aussetzen oder sich oder andere gefährden, sind zu entmündigen. Antragsberechtigt sind außer den auch sonst berechtigten Angehörigen die Staatsanwaltschaft, der Kreisarzt und der Leiter der entziehenden Anstalt.

Diese Maßnahmen, über die im einzelnen zu diskutieren wäre, die auch, z. B. hinsichtlich der Kostenfrage, der Behandlung der Rückfälligen, der Auswahl des Vormunds zu ergänzen wären, mögen hart erscheinen; sie liegen jedoch im wohlverstandenen Interesse der Kranken selbst wie des Volkes.

Pohlisch-Bonn unterstreicht im ganzen die Forderungen *Langelüddeckes*. Auf Einzelheiten einzugehen, sei jetzt keine Zeit. Besonders zu beachten sei die im letzten Jahrzehnt deutlich zunehmende Schlafmittelsucht. Man habe gegen die Arbeit von *Pohlisch* und *Panse* eingewandt, daß das von beiden nachgewiesene häufige Auftreten von Schlafmittelsüchtigen in Berlin eine regionale Erscheinung sei. Aber nicht nur in der Weltstadt Berlin, sondern auch an anderen Orten Deutschlands und des Auslandes seien mittlerweile ähnliche Erfahrungen gemacht worden. *P.* sei zwar nicht der Meinung, daß auch das platte Land so stark befallen sei wie Großstädte. Immerhin werde in einer demnächst von Schubert publizierten Arbeit der Nachweis erbracht, daß auch das Material einer Prov. Heil- und Pflegeanstalt, und zwar der Anstalt Bonn, eine außerordentliche Zunahme von Schlafmittelsüchtigen in den letzten Jahren aufweise. Als Suchtmittel stehe in erster Linie Phanodorm. Dieses sei therapeutisch zwar ausgezeichnet, habe jedoch andererseits Eigenschaften, die besonders leicht suchtbildend wirken können.

J. Hempel-Greifswald: Depressionszustände bei Vegetativ-Stigmatisierten. (Die »vegetativ-dystone Depression«.)

Es handelt sich dabei um eine gewisse Gruppe von depressiven Erkrankungen, welche die sogenannten Vegetativ-Stigmatisierten betreffen, die man ja früher in Sympathicotoniker und Vagotoniker einzuteilen versucht hat, die aber in Wirklichkeit eine Überempfindlichkeit des gesamten vegetativen Systems besitzen, und deren Konstitution eine gewisse pathoplastische Wirkung auf die auftretende geistige Erkrankung oder Anomalie hat. Grundsätzlich wichtig ist dabei einmal, daß es sich wohl um eine besonders enge Verknüpfung von körperlichen Symptomen und Psychoseform handelt, so daß die Therapie vorwiegend auf der somatischen Seite des Leidens anpacken muß, zweitens daß es sich höchstwahrscheinlich um eine gemischterbige geistige Erkrankung handelt, die ihrer Form und ihrem Verlauf nach als Depression bezeichnet werden muß; manche »vitalen Depressionen« gehören wohl hierher, vielleicht auch einige der »Psychasthenien«. Therapeutisch sind wirksam das Bellergal, Belladenal und Cholin in der Form des Doryl; Mittelwahl und Dosierung müssen im einzelnen, der Natur des vegetativen Nervensystems nach, von Fall zu Fall empirisch erprobt werden. — Während man bisher immer nur die psychiatrische Diagnose als Einteilungs-

Digitized by Google

prinzip nahm, wenn man körperliche Begleiterscheinungen bei geistigen Erkrankungen untersuchen wollte, und damit recht uneinheitliche Ergebnisse erhielt, bildet die vegetativ-dystone Depression ein Beispiel dafür, daß auch der körperliche Konstitutionstyp (und die damit überhaupt gegebenen Störungsmöglichkeiten) als weiterer Einteilungsgesichtspunkt zur Erzielung einheitlicherer Ergebnisse herangezogen werden muß. Es wird auf die in dieser Richtung laufenden Untersuchungen von *Jahn* und *Greving*, sowie auf die Untersuchungen von *Tomasson* (Charakteristische Elektrolytlage bei gewissen Psychosen und Zusammenhang mit dem vegetativen Nervensystem) verwiesen.

R. Lemke-Jena: Über Beziehungen zwischen Verlauf der Schizophrenie und ihrem encephalographischen Bild.

L. berichtet über die Ergebnisse seiner encephalographischen Untersuchungen an 150 Schizophrenen. Nach seinen Befunden hat jede Schizophrenie, die einen schweren Verlauf nimmt, ein abnormes Encephalogramm. Eine Verbreiterung der Hirnfurchen im Stirnhirn war die häufigste Veränderung, in ungefähr der Hälfte der Fälle griff diese Veränderung auf das Scheitelhirn und Schläfenhirn über. Eine Beziehung zwischen diesen Hirnbefunden und der klinischen Symptomatik konnte nicht festgestellt werden. Schizophrene, deren Encephalogramm lediglich eine abnorme Zeichnung der Stirnhirnrinde aufwies, hatten klinisch ein voll entwickeltes Symptombild. Ventrikelerweiterungen und Parietalhirnveränderungen waren nicht nur bei Kranken mit vorwiegend kinetischen Störungen nachweisbar. — Diese encephalographischen Befunde sind nun nach *L.*s Untersuchungen nicht, wie bisher immer behauptet, auf eine durch den schizophrenen Prozeß bewirkte Hirn-Atrophie zurückzuführen, sondern sie sind angeboren. Zwei Tatsachen werden für das Angeborensein der encephalographisch darstellbaren Hirnveränderungen der Schizophrenie angeführt: 1. Man findet oft (in ungefähr $^1/_3$ der Fälle) bei den akut ausgebrochenen Schizophrenien hochgradige Veränderungen im Encephalogramm. Es ist nicht anzunehmen, daß in wenigen Wochen durch den Krankheitsprozeß solch eine beträchtliche Atrophie gesetzt würde. 2. Das Ergebnis der encephalographischen Nachuntersuchungen. Encephalogramme, die in einem Zwischenraum von über 7 Jahren aufgenommen wurden, zeigten keine Veränderung weder an der Hirnoberfläche noch in der Ventrikelgröße. Klinisch war aber der Prozeß inzwischen fortgeschritten. — Starke Veränderungen im Encephalogramm (verbreiterte Furchenzeichnung und Erweiterung des Ventrikelsystems) weisen nach *L.*s Befunden auf einen ungünstigen Verlauf hin; die Schizophrenen mit geringem encephalographischen Befund haben dagegen nach den einzelnen Schüben so gute Remissionen, daß klinisch die Differentialdiagnose gegenüber der psychopathischen Reaktion oft Schwierigkeiten macht. Vielleicht kann uns später, wenn weitere Erfahrungen vorliegen, das Encephalogramm bei der Diagnosenstellung der Schizophrenie behilflich sein.

F. Laubenthal-Bonn: Encephalographische Erfahrungen bei der erbl. Epilepsie.

Bericht über encephalographische Erfahrungen bei insgesamt 285 Epilepsiekranken. Bei 50, nach klinischen und erbbiologischen Gesichtspunkten ausgewählten Fällen erblicher Fallsucht (und weiteren 26 Fällen, bei denen die Diagnose einer erblichen Fallsucht ganz überwiegend wahrscheinlich er-

Digitized by Google

schien) fanden sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle encephalographisch nachweisbare Veränderungen sowohl der Subarachnoidealfüllung als auch der Ventrikelfüllung. Die Subarachnoidealfüllung war in etwa $^1/_5$ der Fälle ungleichmäßig, in etwa der Hälfte der Fälle abnorm reichlich und ebenfalls in etwa der Hälfte der Fälle auch hinsichtlich der Form von der Norm abweichend (grobstrichförmig, fleckig). Die Ventrikelfüllung entsprach nur in etwa $^1/_{10}$ der Fälle der Norm. Es fanden sich häufig Erweiterungen der Seitenventrikel (in etwa $^3/_5$ der Fälle), Differenzen der Ventrikelweite (in $^2/_5$ der Fälle) und Erweiterungen des 3. Ventrikels (in etwa $^4/_5$ der Fälle). Die Erweiterung des 3. Ventrikels war auch gradmäßig meist stärker ausgeprägt als die der Seitenventrikel. Erweiterungen der Ventrikel ausgesprochen hydrocephaler Grade gelangten bei Fällen erblicher Epilepsie nicht zur Beobachtung. — Die lumbale Füllungsmethode mit größeren Luftmengen (etwa 60 ccm) ist bei der Epilepsiediagnose der zysternalen vorzuziehen. — Gleiche Veränderungen wie bei der erblichen Epilepsie fanden sich auch bei sicher symptomatischen Epilepsieformen, Schwachsinnigen und Schizophrenen. — Sichere Beziehungen zwischen der Dauer des Leidens, der Schwere des Verlaufs, der Ausprägung der psychischen Veränderungen und dem encephalographischen Bild waren nicht nachweisbar. — Liquorveränderungen ergaben sich vorwiegend in den Fällen, in denen eine Erweiterung des Ventrikelsystems vorlag (Vermehrung des Ges. Eiweiß) (in seltenen Fällen bis auf $^1/_2$ pro mille), gelegentlich leichtere Zellvermehrungen (im Maximum $^{19}/_3$), und häufig leichtere Linksausfällungen der Kolloidkurven). — Hinweis auf die Bedeutung des Encephalogramms bei der Differentialdiagnose zwischen erblichen und nichterblichen Epilepsieformen unter Berücksichtigung ihrer Grenzen.

Lottig-Hamburg: Anlage und Umwelt bei Adoptionsfällen.

Die erbbiologische und psychiatrische Bearbeitung von Adoptionsfällen liefert ein ebenso wichtiges wie interessantes Material für die Anlage-Umweltforschung. Besonders wichtig erscheinen derartige Ergebnisse für die Aufstellung von Grundsätzen für die Adoptionsauslese, da fehlgelaufene Adoptionen mit zu den tragischsten Entwicklungen gehören.

An Hand eines größeren Materials von fehlgelaufenen Adoptionen wird über die Rolle ungünstiger Einflüsse von seiten der Anlage oder des Milieus berichtet. Es kann hierbei festgestellt werden, daß die Anlage für den Entwicklungsgang des Adoptivkindes von wesentlich größerer Bedeutung ist als die Einwirkung der Umwelt. Eingehender geschildert wird dies bezüglich zweier ungünstig veranlagter Adoptivkinder, die in guten Verhältnissen groß wurden und die trotzdem eine Entwicklung nahmen, die ihrer Anlage entsprach. Umgekehrt zeigte sich bei einem gut veranlagten Kinde eine günstige Entwicklung trotz schwerer Milieugefährdung.

Die mitgeteilten Erfahrungen stellen besonders einleuchtende Belege für die Durchschlagskraft der Anlage dar. Sie führen zu der Forderung einer besonders sorgfältigen Adoptionsauslese. Insbesondere dürfen die begutachtenden Stellen nicht davor zurückschrecken, Adoptionen abzulehnen, wenn eine Belastung mit Erbkrankheiten oder mit schwerer Psychopathie besteht. In vielen Fällen mit leichterer Belastung und in den meisten Fällen mit unbekanntem Erzeuger ist es notwendig, die Adoption bis in die Entwicklungsjahre zu verschieben. Als positive Aufgabe ergibt sich die Forderung, mög-

Digitized by Google

lichst viele biologisch hochwertige, adoptionsbedürftige Kinder einer biologisch und pädagogisch geeigneten Familie zuzuführen.

Felix Stemplinger-Nürnberg: Über intellektuelle Spät- und Nachreife.

Die vollzählige Erfassung und baldmöglichste Beantragung aller Schwachsinnigen scheint mir eine der wichtigsten Aufgaben der erbbiologischen Ausmerze an den Gesundheitsämtern zu sein, weil bei dieser zahlenmäßig stärksten Gruppe schon vor dem Eintritt der Geschlechtsreife die Erbkrankheit festgestellt werden kann. Grenzzustände und die Möglichkeit einer Nachreife erschweren allerdings gelegentlich die Feststellung und hemmen die frühzeitige Beantragung.

Die Tatsache, daß geniale Persönlichkeiten in ihrer Jugend vielfach als schwach begabt galten, führte zu der Annahme, daß selbst bei beträchtlicheren Schwachsinnsgraden eine Nachreife nicht ganz ausgeschlossen sei. (W. Weygandt, A. Juda, O. Schneider.) Als Ursache für die verzögerte Entwicklung wurde die familiäre Rachitis besonders in ihrer zerebralen Form angesehen.

Bekanntlich setzt sich die Hilfsschule aus ganz heterogenem Material zusammen. Nicht etwa nach Krankheitsdiagnosen oder Begabungsgraden, sondern vorwiegend nach dem Leistungsprinzip. Hieraus erhellt ohne weiteres, daß sich sowohl echter angeborener Schwachsinn mit an sich normal Begabten, aber faulen bzw. nervös-lernschwachen Kindern zusammenfindet. Maßgebend für die Beurteilung der Intelligenz ist ja letzten Endes nicht die Leistung, sondern die derselben zugrunde liegende angeborene Begabung. Deren Feststellung ist nicht nur Ziel des Hilfsschularztes und Hilfsschulpädagogen, sondern auch des Amtsarztes bei der Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, soweit es sich um Schwachsinnige handelt. Ermöglicht wird sie durch eine experimentelle psychologische Prüfung, wodurch eine Scheidung nach normaler Begabung, mangelhafter Leistung infolge Charaktermängel oder Milieuschädigung erfolgt.

In der Sonderschule finden sich nunmehr stets eine Reihe von Kindern, die durch Krankheit in der körperlich-seelischen Entwicklung zurück geblieben sind. In der Hauptsache handelt es sich hierbei um die zerebrale Form der Rachitis, die nach Abheilung der akuten Erscheinungen gewisse Folgezustände zurückläßt. 1. Ein neurasthenisches Zustandsbild bei ungeschädigter Intelligenzentwicklung und 2. eine echte intellektuelle Entwicklungshemmung. Die beim Normalen und Schwachsinnigen nach bestimmten Gesetzen ablaufende Intelligenzentwicklung erfährt dadurch eine Hemmung insofern, als sie nach der Krankheit langsamer fortschreitet, aber nicht wie beim Schwachsinnigen vorzeitiger abschließt, sondern über das Normalmaß hinaus fortschreitet, um etwa mit dem 20. Lebensjahr zum Abschluß zu kommen.

Gleichzeitig ist zu beobachten, daß auch die körperliche Entwicklung hinter der Norm zurück steht, so daß wir also eine Art harmonischen Infantilismus vor uns haben im Gegensatz zu den bekannten, aber doch krankhaften endokrin bedingten Infantilismusformen.

Zur Unterscheidung der mehr physiologischen körperlich-seelischen Entwicklungshemmung von den krankhaften körperlichen Mißwuchsformen bzw. dem echten Schwachsinn bedarf es einer eingehenden körperlich-seelischen Unter-

Digitized by Google

suchung und der Berücksichtigung des Lebensalters, der körperlichen Entwicklung und des Intelligenzentwicklungsalters.

Damit läßt sich mit großer Sicherheit echter Schwachsinn von scheinbarem Schwachsinn trennen, wodurch die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses eine weitere Förderung erfahren dürfte.

A. Harrasser-München: Konstitution und Rasse bei oberbayrischen endogenen Psychotikern.

An einer Serie von 851 Schizophrenen und 38 Manisch-Depressiven (438 Männer, 451 Frauen) aus den oberbayrischen Heil- und Pflegeanstalten Eglfing und Haar sowie Gabersee wurden Rasse- und Konstitutionsuntersuchungen vorgenommen. Die Probanden verteilen sich ziemlich gleichmäßig über alle Altersklassen, wobei bei den Frauen die höheren Jahrgänge etwas stärker besetzt sind als bei den Männern. Bei der Verarbeitung wurden diejenigen, welche nachweislich oder mit großer Wahrscheinlichkeit aus dem heutigen Verwaltungsgebiet Oberbayern stammen und die übrigen Probanden (zum größten Teil aus den angrenzenden Reichsgebieten stammend) in vielen Fragen gesondert behandelt. Unter Berücksichtigung von 8 Körper- und 11 Kopfmaßen, sowie von 47 Form- und Farbmerkmalen des Kopfes, Rumpfes und der Extremitäten hat sich bei den Schizophrenen und in ähnlicher Weise auch bei den Manisch-Depressiven zwischen Oberbayern und Nichtoberbayern eine auffallende Verschiedenheit in rassischer wie in konstitutioneller Hinsicht ergeben. Die rassische Zusammensetzung der oberbayrischen Probanden zeigt im allgemeinen ein ähnliches Bild, wie wir es aus der Durchschnittsbevölkerung kennen. Wir finden sowohl an reineren Typen, wie auch nach der allgemeinen Verteilung der Rassenmerkmale am stärksten die dinarische Rasse vertreten (vorwiegend dinarische Männer 49,6%, Männer mit dinarischen Merkmalen überhaupt 88,3%). Diesen Ziffern der Schizophrenen entsprechen ungefähr die Verhältnisse bei den Manisch-Depressiven. Nicht unbedeutend ist bei den Oberbayern auch der Anteil des nordischen Rassenkreises (nordische Merkmale überhaupt bei schizophrenen Männern in 48,9%, reinere nordische Typen jedoch nur 4,4%). Bei den Nichtoberbayern (sowohl schizophrenen wie manisch-depressiven) ist der Anteil an dinarischer Rasse etwas geringer (bei Männern vorwiegende Typen nur 37,7%), an nordischer Rasse etwas größer (bei Männern vorwiegende Typen 8,7%). Die ostische Rasse ist bei Schizophrenen und Manisch-Depressiven unter den Nichtoberbayern stärker vertreten als bei der oberbayrischen Gruppe. In konstitutioneller Beziehung zeigt sich sowohl bei Schizophrenen wie bei Manisch-Depressiven in der oberbayrischen Gruppe bei Männern der muskuläre Typ am stärksten (vorwiegend Athletische bei schizophrenen Männern 16,8%), bei nicht oberbayrischen Männern der leptosome und eurysome Körperbautypus in annähernd gleicher Stärke und wesentlich schwächer erst der athletische Typus vertreten. Die oberbayrischen und nichtoberbayrischen Frauen unterscheiden sich im Konstitutionstypus nur ganz unwesentlich. Wenn wir im vorliegenden Material Konstitution und Rasse korrelieren, so finden wir bei den Männern deutliche Beziehungen zwischen dinarischer Rasse und athletischem Körperbautypus in der oberbayrischen Gruppe, während in der nichtoberbayrischen Gruppe die Dinarier mehr leptosom erscheinen. Unter den Frauen fehlt die muskuläre Komponente, der eurysome Körperbautypus herrscht vor, und zwar unter den oberbayrischen Frauen selbst bei den Dinariern, während bei

Digitized by Google

den nichtoberbayrischen Frauen die Dinarier vorwiegend leptosom erscheinen. Zwischen Schizophrenen und Manisch-Depressiven ergaben sich bei dieser Korrelation keine bemerkenswerten Unterschiede, was jedoch angesichts der kleinen absoluten Zahl der Manisch-Depressiven noch weiterer Überprüfung bedarf. Die Untersuchungen werden gegenwärtig zur Vergrößerung des Materials fortgesetzt, weitere Korrelationen bestimmter anthropologischer und psychiatrischer Einzelheiten sind in Aussicht genommen.

Luxenburger-München: Neuere Ergebnisse der psychiatrischen Erbprognose. (Vgl. d. ausführl. Veröffentlichung im »Erbarzt«, Septemberheft 1936.)

Es wurde an Hand von 7 Lichtbildern zu zeigen versucht, daß, wenn man das Gesamtmaterial der bisher veröffentlichten erbprognostischen Untersuchungen zusammenfaßt und nach Gesichtspunkten der Elternkreuzung differenziert, sich einige beachtliche Fortschritte ergeben. Im schizophrenen Kreis trat die hohe belastende Bedeutung der schizoiden Psychopathie für die Erbprognose deutlich zutage, während sich Analoges für die zyklothymen Psychopathen nicht nachweisen ließ. Am wenigsten befriedigend sind die Verhältnisse immer noch im epileptischen Kreis. Im Kreis des erblichen Schwachsinns konnte festgestellt werden, daß erbbiologisch zwischen den Debilen und schwach Begabten ein grundsätzlicher Unterschied bestehen muß. Außerdem ist hervorzuheben, daß gerade auch bei den erbprognostischen Untersuchungen der rezessive Charakter der Vererbung deutlich wird.

Dr. *Friedrich Stumpfl*-München: Untersuchungen an psychopathischen Zwillingen.

Unter 250 Zwillingspaaren, von denen beide Partner am Leben sind, sind bisher 60 abschließend untersucht worden. Eine Gegenüberstellung von je 9 gleichgeschlechtlichen eineiigen und gleichgeschlechtlichen zweieiigen Zwillingspaaren mit abnormen seelischen Reaktionen im Körperlichen ergab, daß bei den zweieiigen in keinem einzigen Fall Konkordanz nachgewiesen werden konnte, bei den eineiigen Paaren in 3 Fällen. Die Wahrscheinlichkeit, daß abnorme Reaktionen von den Partnern noch nachgeholt werden, ist bei den Eineiigen erheblich größer als bei den Zweieiigen, um so mehr als 2 von diesen Paaren noch nicht endgültig geklärt werden konnten. Man kann also sagen, daß bei zweieiigen Zwillingen hysterische Reaktionen so gut wie durchgehend nur bei einem Partner zu beobachten sind, bei eineiigen Zwillingen dagegen in einem Drittel bis der Hälfte der Fälle bei beiden Partnern.

Es wird sodann noch berichtet über eine neue Methodik zur familienbiologischen Untersuchung der zwischen der Morphologie des Gesichtes und der Charakterbeschaffenheit bzw. psychopathischer Abartigkeit bestehenden Korrelationen.

K. Idelberger-München: Die Intelligenz bei Zwillingen mit angeborenem Klumpfuß.

Die Ergebnisse dieser noch im Fluß befindlichen Untersuchungen wurden an einer repräsentativen Zwillingsserie von 100 Paaren und deren Sippen gewonnen, wobei jeweils der Ausgangsfall Träger angeborener Klumpfüße war. Es ließ sich hierbei die alte Vermutung wahrscheinlicher machen, daß der überwiegende Teil dieser Deformität erblich bedingt ist. Den Grund

Digitized by Google

dazu sah man vor allem in dem merkwürdig konstanten Geschlechtsverhältnis der Klumpfußträger, das 2:1 zugunsten der Knaben beträgt und sich auch in der vorliegenden Serie bestätigte. Ein neues Argument für diese Ansicht wurde beim Studium der Intelligenzverhältnisse der Zwillingspaare gewonnen.

Überdurchschnittlich Begabte fanden sich übrigens ebenso wenig wie ausgesprochene Idioten. Dagegen waren 9% der Probanden und 9,1% der Partner dieser Probanden eindeutig schwachsinnig, sowie weitere 24,7% der Probanden und 20,8% der Partner beschränkt. (Die Diagnosen sind mit äußerster Vorsicht und Zurückhaltung gestellt.) Schwachsinnig oder beschränkt waren demnach 33,7% der Probanden und 29,9% der Probandenpartner. Übrigens fanden sich allein 4 Paare mit wenigstens einem imbezillen, d. h. völlig unbildsamen Partner, womit die durchschnittliche Häufigkeit des Schwachsinns von 1—2% bereits überschritten ist. Ein wesentlicher Unterschied hinsichtlich der Intelligenz bei Proband und Partner war mithin nicht feststellbar.

Bei den 6 bezüglich des angeborenen Klumpfußes konkordanten Paaren fand sich zwar kein Fall, in dem einer der beiden Partner eines Zwillingspaares schwachsinnig, aber 3 Fälle, in denen wenigstens ein Partner beschränkt war (= 50%). Bei den 72 hier verwendbaren diskordanten Paaren gab es 36 (= 50%) mit mindestens einem beschränkten oder schwachsinnigen Partner. Bei der Übereinstimmung dieser Zahlen sind korrelative Beziehungen zwischen angeborenem Klumpfuß und kongenitalen Intelligenzdefekten nicht eben wahrscheinlich. Aus dem gleichen Grunde kann auch die Zahl der rein exogen verursachten Klumpfußfälle — zumindest soweit diese Zwillingsserie in Frage kommt — nicht sonderlich groß sein; man hätte sonst bei den diskordanten Paaren erheblich weniger Intelligenzdefekte antreffen müssen, als bei den konkordanten (denn unter den diskordanten würden ja die exogenen Fälle zu suchen sein). Daß die Zwillingsschaft als solche den Klumpfuß zu bewirken vermag, ist bei der starken Konkordanzdifferenz zwischen eineiigen und zweieiigen Zwillingspaaren (33,3% : 1,2%) nicht recht glaubhaft. Indes weist die noch unter 50% bleibende Konkordanzhäufigkeit der eineiigen Paare auf eine ansehnliche Paravariabilität des Merkmals Klumpfuß hin.

In den zugehörigen Sippen finden sich bei insgesamt 33,7% weitere Fälle von angeborenem Schwachsinn; und zwar sind von den 11 Paaren mit wenigstens einem schwachsinnigen Partner 7 Sippen mit mindestens einem weiteren schwachsinnigen Individuum, während sich bei den 28 Paaren mit wenigstens einem beschränkten Partner 12 mit Schwachsinn belastete Sippen vorfinden. Man darf demnach wohl mit einer gewissen Berechtigung annehmen, daß es sich bei den mit kongenitalem Klumpfuß vergesellschafteten angeborenen Intelligenzstörungen vorwiegend um hereditäre Formen handelt. Ein sicher exogen entstandener Fall von Schwachsinn konnte beim vorliegenden Material nicht festgestellt werden. —

Besonders betont wird vom Verfasser die Vorläufigkeit der mitgeteilten Ergebnisse, sowie der Hinweis auf die verhältnismäßig kleine Zahl der bisher untersuchten Zwillingspaare.

Aussprache: *E. Kretschmer*-Marburg: Die Resultate von *Luxenburger*, speziell über die Erbzusammenhänge zwischen Schizophrenie und Schizoid entsprechen weitgehend unseren Beobachtungen. Auch die wohldurchdachten praktischen Schlußfolgerungen sind zu unterstützen.

Digitized by Google

Zu den Untersuchungen von *Harrasser* soll hier nur das Problem Konstitution und Psychose herausgegriffen werden. Das Verhältnis der Körperbautypen zu den großen *Kraepelin*schen Formkreisen war der notwendige erste Einsatzpunkt der psychiatrischen Konstitutionsforschung. An dem von zahlreichen Beobachtern von verschiedenen Standpunkten, Ländern und Volksstämmen bis jetzt erbrachten großen Gesamtmaterial von etwa 8000 Fällen läßt sich die allgemeine Richtung der Korrelationen zwischen Körperbautypen und *Kraepelin*schen Konstitutionskreisen in einem reichen Überblick und in der Richtung übersehen, wie diese von uns dargestellt worden sind. Neue Untersuchungen in diesem allgemeinen Rahmen würden uns weder in positiver noch negativer Richtung noch wesentlich Neues sagen können. Die *Kraepelin*schen Formkreise sind zwar keineswegs nur belanglose »Sammeltöpfe«, wie man sie zu Unrecht manchmal genannt hat, sie sind aber immerhin in ihren Begrenzungen so unscharf und von der älteren Diagnostik her noch mit so vielen heterogenen Zutaten belastet, daß sich eine summarische statistische Weiterarbeit mit ihnen jedenfalls nach der körperlich konstitutionellen Seite hin heute nicht mehr empfiehlt. Wir sind deshalb auch methodisch schon längere Zeit einerseits zur direkten experimentellen Erforschung der Psychologie der Körperbautypen bei Gesunden ohne das Zwischenglied der klinischen Diagnostik, andererseits zu einer sehr viel differenzierteren, in eine größere Zahl von Symptom- und Verlaufsgruppen aufgespaltenen wirklich konstitutionsbiologisch fundierten Einzeldiagnostik der endogenen Psychosen übergegangen.

Im jetzigen Stadium der Forschung läßt sich deshalb viel weniger gut mit großen, summarisch basierten Zahlenreihen, als mit einer feinen, materialnahen Differenzierung arbeiten.

Braun-Kiel: Zur Frage des Verhältnisblödsinns. (Dieser Vortrag wurde in der Sitzung des Ausschusses für praktische Psychiatrie am 22. VIII. gehalten.)

Der Verhältnisblödsinn ist ein Syndrom, dessen entscheidendes Kennzeichen ein Mißverhältnis zwischen einzelnen seelischen Eigenschaften ist. Insbesondere stehen Temperaments- und Antriebskräfte in einem ungünstigen Verhältnis zum Intellekt. Stets festzustellen ist dabei eine Störung der Antriebsgrundlagen der Persönlichkeit im Sinne der Hypothymie oder Hyperthymie. Diese wirkt in ungünstigem Sinne auf Urteils- und Begriffsbildung ein und führt zu verschwommenen Begriffen und unklarem Denken. Die Intelligenz als solche kann dabei gut erhalten sein. Häufig stehen einer glänzenden äußeren Fassade mit sprachlicher und gesellschaftlicher Gewandtheit und starkem Selbstbewußtsein innere Hohlheit und Kritiklosigkeit in bezug auf die eigene Person gegenüber.

Derartige Störungen können angeboren oder erworben sein. In den meisten Fällen handelt es sich wohl um psychopathische Persönlichkeiten von besonders starker Unausgeglichenheit. Bei einigen dieser Menschen liegt ein leichter angeborener Schwachsinn vor. Bei manchen bildet die Grundlage der Störung eine endogene Geisteskrankheit, z. B. eine Schizophrenie oder eine Manie. In den Sippen der Verhältnisblödsinnigen findet man regelmäßig zahlreiche psychopathische Persönlichkeiten, aber auch Schizophrene oder Manisch-Depressive, sehr selten aber angeboren Schwachsinnige.

Digitized by Google

Der Verhältnisblödsinn als solcher kann also nicht als Grund für die Unfruchtbarmachung gelten. Die Unfruchtbarmachung wird aber einzuleiten sein, wenn eine der im Erbgesundheitsgesetz genannten Erbkrankheiten als Grundlage der Störung festgestellt werden kann.

Bericht

über die am 25. August 1936 abgehaltene Mitgliederversammlung.

Alle Mitglieder waren im Juli bei Übersendung des Programms der Jahresversammlung unter Mitteilung der Tagesordnung zur Mitgliederversammlung eingeladen worden.

Der Vorsitzende *Rüdin* teilt mit, daß auf Vorschlag des Ausschusses zur Verleihung der Erb-Medaille beschlossen worden ist, diese Medaille Herrn *v. Weizsäcker* (Heidelberg) zu verleihen.

Der Leiter der neurologischen Abteilung, *Pette*, überreicht die Medaille Herrn *v. Weizsäcker* in einer längeren Ansprache, auf welche Herr *v. Weizsäcker* in längerer Rede dankend erwidert. Der Wortlaut beider Ansprachen ist in dem in der Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie zu veröffentlichenden ausführlichen Tagungsbericht enthalten.

Der Vorsitzende macht weiter folgende Mitteilungen über die Beschlüsse des Beirats:

Die nächste Jahresversammlung soll in der 2. Hälfte August oder in der 2. Hälfte September in München stattfinden. In Aussicht genommen wird 20. bis 22. September 1937, und zwar würde der Begrüßungsabend dann am Vortage (19. 9.) sein, die Sitzung des Ausschusses für praktische Psychiatrie auf von zahlreichen Psychiatern geäußerten Wunsch aber auf den der dritten wissenschaftlichen Sitzung folgenden Vormittag (23. 9.) verlegt werden. Ob es bei diesen Septembertagen endgültig bleibt, wird demnächst noch mitgeteilt. —

Es wird künftig eine Anmeldefrist für auf der Jahresversammlung zu haltende Vorträge eingehalten werden, und der Vorsitzende wird von seinem Recht, die Zahl der zu haltenden Vorträge zu beschränken, Gebrauch machen.

Wissenschaftliche Berichte sollen erstattet werden über folgende Gegenstände:

Neurologische Sitzung: Die Geschwülste der Großhirnhemisphären.

Gemeinsame Sitzung: Epilepsie.

Psychiatrische Sitzung: Psychotherapeutisches Thema.

Weiter sind folgende Satzungsänderungen vom Beirat beschlossen worden:

1. § 11, Nr. 6, Absatz 1 soll künftig lauten:
»Der Bericht über die Jahresversammlung wird in kürzerer Fassung im Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, ausführlich in der Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie veröffentlicht.«
2. Überall in den Satzungen sind die Bezeichnungen »Reichsleiter«, »stellvertretender Reichsleiter«, »Reichsgeschäftsführer« zu ersetzen durch die Worte »Vorsitzender«, »stellvertretender Vorsitzender« und »Geschäftsführer«.

Digitized by Google

Diese Satzungsänderungen bedürfen der Zustimmung des Herrn Reichsministers des Innern.

Die beiden aus Mitteln der Laehrstiftung ausgesetzten Preise für psychiatrische Arbeiten sind *W. Enke*-Marburg und *Fr. Stumpfl*-München zuerkannt worden.

Nach Mitteilung des Geschäftsführers ist über die Kassenverhältnisse folgendes zu berichten.

Bei der ersten Jahresversammlung in Dresden (1.—3. September 1935) war der Kassenabschluß der Gesellschaft deutscher Nervenärzte, welchen *Boening*-Stadtroda, vorgenommen hatte, von *Glettenberg* und *Schaltenbrand* geprüft und in Ordnung gefunden worden.

Den von *Nitsche* für den Deutschen Verein für Psychiatrie vorgenommenen Kassenabschluß vom 30. August hatten *Ast* und *Ewald* geprüft und in Ordnung gefunden.

Zunächst war bei der Anfang September 1935 erfolgten Gründung der neuen Gesellschaft in Verwaltung des Geschäftsführers *Nitsche* nur Barbestand und Vermögen des bisherigen Deutschen Vereins für Psychiatrie, nämlich in bar 1488,61 Mk., in Wertpapieren 7382,50 Mk.

Der Kassenbestand und das Vermögen der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte betrug in bar und Sparkassenguthaben 5739,69 Mk., in Wertpapieren 250 Mk.

Anfangsbestand	Bar	Wertpapiere
	1488,61 Mk.	7382,50 Mk.
Einnahmen[1])	10083,70 „	250,— „
Ausgaben	6460,11 „	— „
Endbestand	5112,20 „	7632,50 „

Die Kassenbücher sind an der Hand der vorhandenen Unterlagen und Belege am 22. August 1936 in Frankfurt am Main von den Mitgliedern *Ast* und *Nothaaß* geprüft und in Ordnung befunden worden.

Der Vorsitzende hat daraufhin dem Geschäftsführer Entlastung erteilt.

Die Zahl der Mitglieder beträgt zur Zeit:

2 Ehrenvorsitzende (der ehemaligen Gesellschaft Deutscher Nervenärzte),
14 Ehrenmitglieder,
20 korrespondierende Mitglieder,
771 ordentliche Mitglieder und
170 außerordentliche (ausländische) Mitglieder.

977.

Der Vorsitzende: *Rüdin.*
Der Geschäftsführer: *Nitsche.*

---

[1]) Aus der Tatsache, daß erst in den nächsten Monaten die Werte der bisherigen Gesellschaft Deutscher Nervenärzte in die Verwaltung der neuen Gesellschaft übergingen, erklärt sich die verhältnismäßig hohe Einnahmeziffer in nachstehender Abrechnung.

Digitized by Google

Kleinere Mitteilungen.

Auf Anregung der Medizinalabteilung des Reichsinnenministeriums ist auf Veranlassung des Reichsärzteführers durch Vertreter der »Deutschen allgemeinen ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie«, der »Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft«, der »*C. G. Jung* Gesellschaft« und von *Künkels* »Arbeitskreis für angewandte Charakterkunde« und andere namhafte Psychotherapeuten das »Deutsche Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie e. V.« gegründet worden. Die drei letztgenannten Vereinigungen wirken innerhalb des Instituts als »Arbeitsgemeinschaften«. Die Aufgaben des Instituts sind: 1. Die Forschungs-, 2. die Ausbildungs- und Lehrtätigkeit und 3. die Unterhaltung einer Poliklinik für Unbemittelte. Das Institut wird seine Arbeit mit dem Wintersemester 1936/37 beginnen. Der Leiter des Instituts ist der Vorsitzende der »Deutschen allgemeinen ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie«, Prof. Dr. med. et. jur. *M. G. Göring*. Die Vorlesungsverzeichnisse des Wintersemesters werden Anfang Oktober erscheinen. Das Institut hat folgende Adresse: Berlin W62, Wichmannstr. 10/III.

Personalnachrichten

Verstorben: Obermedizinalrat Dr. *Josef Klüber*, früher Anstaltsdirektor in Klingenmünster.
Oberarzt Dr. *Griese*, Dortmund-Aplerbeck.
Dr. *Gustav Pretschker*, Brieg, Schlesien.
Medizinalrat Dr. *Heilemann* in Bunzlau/Schlesien.
Medizinalrat Dr. *Wolfgang Günther*-Lengerich i. W.
Dozent Dr. *Rudolf Fabinyi*, Budapest, Direktor der Heilanstalt Lipotmezö.
Sanitätsrat Dr. *Otto Wolff*, Besitzer des Sanatoriums Katzenelnbogen.

In den Ruhestand traten: Professor Dr. *Rosenfeld*-Rostock,
Obermedizinalrat Anstalts-Direktor Dr. *Erich Wendt*-Leipzig-Dösen,
Anstaltsdirektor Dr. *Schinke*-Tost/Schlesien,
Anstaltsdirektor Dr. *G. Brandt*-Neuruppin,
Oberarzt Dr. *Kurrer*-Kortau,
Obermedizinalrat Anstaltsdirektor Dr. *Schmidt*-Lengerich.

Ernennungen: Obermedizinalrat Dr. *Heinz Boening*-Stadtroda wurde zum a. o. Professor ernannt und als Ordinarius an die Universität Gießen berufen.
Dozent Dr. *Hans Demme*-Hamburg wurde zum a. o. Professor ernannt,
Dozent Dr. *Jürg Zutt*-Berlin zum a. o. Professor für Psychiatrie und Nervenheilkunde,
Geheimrat Professor Dr. med. et phil. *R. Sommer*-Gießen von der Gesellschaft für Psychologie zum Ehrenmitglied,
Medizinalrat Dr. *Pius Papst* zum Direktor der Kreisheil- und Pflegeanstalt Werneck,
Professor Dr. *Oskar Diethelm*-New York zum Leiter der Psychiatrischen Klinik der Cornell-Universität,
Professor Dr. *Ladislaus Benedek* in Debrecen zum Professor für Psychiatrie und Nervenheilkunde.

Digitized by Google

Professor Dr. *M. H. Göring*-Wuppertal wurde als Leiter des neu gegründeten Instituts für psychologische Forschung und Psychotherapie nach Berlin berufen.

Prof. Dr. *Ernst Braun* aus Kiel wurde für das Wintersemester 1936/37 mit der Vertretung des Lehrstuhls der Psychiatrie und Neurologie in Rostock beauftragt.

Dr. *Kanis*-Gütersloh wurde zum Direktor in Eickelborn ernannt.

Dr. *Kemper*-Gütersloh nach Eickelborn i. W. versetzt.

Prof. Dr. *Schleußing*, Prosektor des Pathologischen Instituts in Düsseldorf, wurde als Abteilungsvorstand an die Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie in München berufen.

Obermedizinalrat Direktor Dr. *Siegfried Maass*-Arnsdorf wurde als Direktor nach Leipzig-Dösen versetzt, Anstaltsdirektor Dr. *Sagel*-Großschweidnitz als Direktor nach Arnsdorf.

Professor Dr. *Kleist*-Frankfurt, ist von der Gesellschaft Ungarischer Psychiater unter gleichzeitiger Verleihung der Schaffer-Gedenkmünze zum korrespondierenden Mitglied ernannt worden.

Oberarzt Dr. Ernst *Ottmann*-Günzburg wurde zum Medizinalrat I. Kl. bei der Anstalt Kaufbeuren ernannt.

Dr. *Powels*-Kortau, wurde zum I. Oberarzt ernannt,

Obermedizinalrat Dr. *Robert Wessing*-Marsberg, zum Direktor in Lengerich/Westfalen.

Dr. med. *Joh. Schottky*, wurde die Leitung der Landesheil- und Pflegeanstalt Hildburghausen (Thüringen) übertragen.

Reg.-Med.-Rat Dr. *John v. Parish*-Hubertusburg, wurde zum Leiter des staatl. Gesundheitsamtes Döbeln ernannt.

Dr. *Alfred Glaus*-Zürich hat sich für Psychiatrie habilitiert.

Oberarzt Dr. *Hermann Stefan* an der Psychiatrischen und Nervenklinik Köln-Lindenburg, habilitierte sich.

Sanitätsrat Dr. *August Hecker*-Dresden, vollendete sein 79. Lebensjahr.

Professor Dr. *Rosenfeld*-Rostock wurde wegen Erreichung der Altersgrenze von seinen amtlichen Verpflichtungen entbunden.

Digitized by Google

JUL 14 1937

L LIBRARY

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITWIRKUNG VON

BERZE-Wien, BLEULER-Zürich, BONHOEFFER-Berlin, FISCHER-Berlin-Dahlem, KLEIST-Frankfurt a. M.

DURCH

CARL SCHNEIDER

HEIDELBERG

OFFIZIELLES ORGAN DER
PSYCHIATRISCHEN ABTEILUNG DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE UND NEUROLOGIE

MIT BEILAGE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHISCHE HYGIENE

HUNDERTUNDFÜNFTER BAND

SIEBENTES UND ACHTES HEFT

AUSGEGEBEN AM 7. JUNI 1937

BERLIN UND LEIPZIG 1937

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG — J. GUTTENTAG, VERLAGS-BUCHHANDLUNG — GEORG REIMER — KARL J. TRÜBNER — VEIT & COMP.

Digitized by Google

Inhalt.

Die Annahme der Beiträge erfolgt zum ausschließlichen Abdruck im Sinne des § 42 Absatz 2 des Gesetzes betr. das Verlagsrecht.

7./8. Heft.

Originalien.

Max Laehr † 239
Über verkannte Paralysen. Von *Juljan Dretler*. Mit 8 Figuren auf 1 Tafel 245
Über die Zurechnungsfähigkeit eines fünfzehnjährigen Mörders. Von *Rudolf Lemke*. 259
Die Behandlung der ausgeschlossenen und verminderten Zurechnungsfähigkeit in neueren auswärtigen Strafrechtsreformen. Von Dr. *Steinwallner* 269
Das Fortlaufen als seltene Erscheinung der Migränepsychose. Über zwei klinische Fälle. Von Prof. Dr. med. *Carlo Ferrio* 276
Schwierigkeiten und Gefahren der Insulinschockbehandlung der Schizophrenie. Von cand. med. *Marianne Feldhofen* 281
Zur Frage der exogenen Verursachung von Psychosen. Von Oberarzt Dr. *Hermann Stefan* 299
Eheanfechtung (§ 1333 BGB.) und Schizophrenie. Von *Ernst Schultze* 304
Irrenstatistik der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater (Psychiatrische Abteilung) für das Jahr 1935. Von Dr. *Nitsche* . . . 339

Kleinere Mitteilungen.

Obermedizinalrat Dr. *Simon* zum 70. Geburtstag 341
Geheimrat Dr. *Ilberg* zum 75. Geburtstag 341

Die „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie" mit der Beilage „Zeitschrift für psychische Hygiene" kann durch alle Buchhandlungen oder direkt vom Verlag bezogen werden. Preis für den Band im Umfang von etwa 36 Bogen Rm. 30.—. Jährlich erscheinen 3 Bände, deren Hefte in zwangloser Folge zur Ausgabe gelangen. Die Beilage „Zeitschrift für psychische Hygiene" erscheint 6 mal im Jahre. Der Literaturbericht wird jährlich mit besonderer Berechnung ausgegeben. Den Mitgliedern der psychiatrischen Abteilung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie, deren Bestellungen die Gesellschaft entgegennimmt, wird jeder Band der Zeitschrift mit der Beilage für Rm. 25.— geliefert.

Manuskripte sind an den Herausgeber Professor Dr. med. Carl Schneider in Heidelberg, Psychiatrische und Nervenklinik der Universität, Voßstraße; Bücher, Jahresberichte, Sonderabzüge usw. aus der Fachliteratur, deren Besprechung in dem einmal im Jahre erscheinenden Literaturbericht gewünscht wird, an Oberreg.-Med.-Rat Dr. Helmut Müller in Klotzsche bei Dresden, Richard-Wagner-Str. 15[1], einzusenden.

Digitized by Google

Digitized by Google

M. Lachr

Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Band 105
Zu J. Hallervorden (Potsdam), Max Lachr †

Verlag von Walter de Gruyter & Co., Berlin W 35

Digitized by Google

Max Laehr †.

Mit einem Bildnis.

Max Laehr wurde am 9. November 1865 in Zehlendorf bei Berlin geboren, wo sein Vater *Heinrich Laehr* den Schweizerhof, eine der bekanntesten und bedeutendsten Anstalten für Geisteskranke, begründet hatte und leitete. Hier auf dem Lande — damals war es noch so — wuchs er im Kreise einer großen Familie in sehr glücklichen Verhältnissen heran. Trotz der Wohlhabenheit wurden die Kinder aufs einfachste erzogen in dem Grundsatze: »erst die anderen, dann wir.« Der große Verkehr des Elternhauses brachte ihn früh in Berührung mit namhaften Personen des öffentlichen Lebens, und er zog daraus reichen Gewinn für seine innere Entwicklung. Nach kurzer Vorbereitung durch einen Hauslehrer und Besuch einer Privatschule in Berlin trat er 1878 in die Landesschule Schulpforta ein, die er nach 6 Jahren als Primus omnium verließ. Obwohl der Unterricht »in den Sprachen durch zu starke Betonung des Formalen gegenüber dem Inhalt, in der Geschichte trocken und den Naturwissenschaften ganz unzureichend war«, blieb er seiner Schule in dankbarer Treue ergeben: »Sie hat uns in gemeinsamer strenger Erziehung eine feste sittliche Grundlage auf den Lebensweg mitgegeben und uns mit humanistischem Geiste erfüllt, Kameradschaftssinn gefördert und unter uns Freundschaften entwickeln lassen, welche alle Stürme des Lebens überdauert haben.« Mit vielen seiner Mitschüler blieb er verbunden und hat noch kurz vor seinem letzten Leidensjahren ein schönes Erinnerungsfest mit ihnen feiern können. Es schlossen sich daran glückliche Studienjahre in Tübingen, München und Berlin. Einer Verbindung trat er nicht bei, hat aber später »diesen Ausfall eines wichtigen Erziehungsmittels« bedauert. — Von seinen Lehrern zog ihn besonders *Waldeyer* in Berlin an, *Ziemßen* und *Bollinger* in München, bei welchem er auch seine Doktorarbeit anfertigte. Daneben hörte er noch andere Vorlesungen und wurde besonders durch *Treitschke* angeregt. Ende 1889 beendete er das Staatsexamen mit »sehr gut«, woran sich die Promotion mit »summa cum laude« schloß. Nach wenig befriedigender Tätigkeit an der Tuberkulosestation des Eppendorfer Krankenhauses in Hamburg ging er zur Pathologie über, erkrankte aber bald an einer schweren Sepsis. Danach wurde er Assistent bei *Riegel* in Gießen, wo er eine

Digitized by Google

sehr arbeitssame, aber auch anregende Zeit in der inneren Klinik verbrachte. Fast wäre er bei diesem Spezialfach geblieben, wenn ihm nicht *Jolly* eine Stelle als Oberarzt an der Nervenklinik der Charité angeboten hätte. Er übernahm diese am 1. Oktober 1893. »Nun war ich wohlbestallter Oberarzt mit 30 M. Monatsgehalt, freier Wohnung, 3 Pfd. weißer Seife und täglich 1 Pfd. weißen Brotes, aber an einer Klinik und Poliklinik mit einem großen, zum Teil auserlesenen Krankenmaterial.« Der bedeutende Ruf dieser Klinik zog viele Ärzte des In- und Auslandes an, es gab viele Anregungen, und es knüpften sich manche persönliche Beziehungen wie z. B. mit *Trömner*, *Bötticher*, *von Rad*, *Lochte*, *Geelvink*; auch mit den Oberärzten der Klinik *Köppen*, *Westphal* und *R. Henneberg* blieb er später noch verbunden. Durch ein regelmäßig wechselndes Kommando von Militärärzten der militärärztlichen Akademie ergaben sich engere Beziehungen zu dieser, die für seine spätere Tätigkeit von Bedeutung wurden. Da sich *Jolly* wenig um die Abteilung kümmerte, war er ziemlich selbständig und konnte sich ganz seiner Arbeit widmen. Das reiche gesellschaftliche Leben zog ihn nicht an, dafür ging er lieber einmal ins Theater. Es entstanden eine Reihe großer Arbeiten, die seinen Ruf als Neurologen begründeten. Mit unbeschreiblicher Sorgfalt untersuchte er die Sensibilitätsstörungen der Tabiker und stellte als erster ihren Segmentcharakter fest, was heute längst vergessen ist (Arch. f. Psychiatrie Bd. 28). Er schrieb über verschiedene Formen von Muskelatrophie, über Störungen der Schmerz- und Temperaturempfindung bei Erkrankungen des Rückenmarks, über Syringomyelie, über Symptomatologie okzipitaler Herderkrankungen, über Nervenkrankheiten nach Rückenverletzungen, über Gehirntumoren nach Kopfverletzungen, statistische Mitteilungen aus der Poliklinik usw. Das meiste davon erschien in den Charitéannalen. Er entschloß sich nicht leicht zu einer Veröffentlichung, und vieles blieb liegen, weil er es noch nicht für reif hielt; so hat er z. B., wie mir *Henneberg* erzählte, den Babinskischen Reflex gefunden und seine Bedeutung erkannt, noch ehe *Babinski* ihn mitteilte. 1896 habilitierte er sich: »Die Möglichkeit einer engeren Verbindung mit der studierenden Jugend zu gewinnen und sich dabei immer wieder Rechenschaft über das eigene Wissen zu verschaffen, habe ich hoch eingeschätzt auch ohne das Relief des 1902 verliehenen Professortitels«. In das folgende Jahr fällt eine bedeutsame Reise in die Türkei, wo er die nervösen Störungen der Lepra untersuchte und ihre periphere Natur aufdeckte, welche damals noch nicht bekannt war (»Die nervösen Krankheitserscheinungen der Lepra, Berlin Reimer 1899). Ein Blutsturz, der aber ohne weitere Folgen blieb, bereitete diesen Studien ein jähes Ende. Im Jahre 1899 schied er aus der Charité, um sich einen selbständigen Wirkungs-

Digitized by Google

kreis zu schaffen, da ihn die Universitätslaufbahn nicht reizte und ihm wenig aussichtsreich erschien. Ihm schwebte vor, ein Krankenhaus für minderbemittelte Nervenkranke zu schaffen, wie es solche damals noch nicht gab.« Aber woher die Mittel zu diesem bedeutungsvollen, zugleich aber auch kostspieligen Unternehmen zu gewinnen? Ich brachte nur das Vertrauen dazu mit, daß ich die Aufgabe meistern würde, jedoch keine finanzielle Beihilfe. Aber diese fand sich wider Erwarten schnell, nachdem mein Vater mit der ihm eigenen Begeisterungsfähigkeit und Tatkraft die Sache in die Hand nahm. Seiner Stiftung von vielen Morgen Land in Berlin-Zehlendorf folgten andere mit sehr hohen geldlichen Gaben. Eine Sammlung in weiteren Kreisen hatte einen günstigen Erfolg, die Behörden stellten sich wohlwollend dazu und erkannten die »milde Stiftung« an. So konnte die »Heilstätte Haus Schönow« als Eigentum des 1898 gegründeten Vereins gleichen Namens am 2. 12. 1899 feierlichst unter beglückwünschenden Worten des damaligen Oberpräsidenten und späteren Reichskanzlers von Bethmann-Holweg, als Beauftragter des Kaisers, aus der Taufe gehoben werden. In meiner damaligen Einführungsrede durfte ich nicht nur auf die stattlichen neuen Gebäude inmitten eines Parks und fern von dem Großstadtlärm, nicht nur auf die trotzdem billigen Pflegesätze, die im Bedarfsfalle ganz erlassen werden konnten, sondern auch auf das Neue hinweisen, das in der Verbundenheit aller Kranken durch den Fortfall aller Standes- und Geldrücksichten und in dem zu befolgenden Grundsatz »Gemeinnutz geht vor Eigennutz« zum Ausdruck kommen solle. Neu war auch die Absicht unter den Behandlungsmethoden der sogenannten Arbeitstherapie eine hervorragende Stellung zu geben.« Wie er dies alles in die Tat umsetzte und so den Ruf der Heilstätte begründete, hat er selbst in einer historischen Darstellung: »Die Heilstätte Haus Schönow 1899 bis 1927« in der psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift (Bd. 30, 1928) geschildert.[1]) Außer ihm war noch ein Arzt und 2 regelmäßig auf die Dauer von 2 Jahren kommandierte Militärärzte tätig, in den Universitätsferien oft noch Volontäre und Studenten. Die Heilstätte genoß Weltruf und war immer voll besetzt. In ihrer Blütezeit bis zum Jahre 1914 waren ständig 130 Kranke in Behandlung bei einer Aufnahmezahl von rund 800 im Jahr. So konnten bis Mitte 1914 etwa 10000 Patienten behandelt werden. Das war natürlich nur möglich durch die restlose Hingabe an sein Werk. Was er einmal für richtig erkannt hatte, wußte er unter allen Umständen durchzusetzen. Das Beispiel seiner völligen Selbstlosigkeit und unermüdlichen Pflichterfüllung machte ihm Ärzte,

[1]) Vgl. auch Hallervorden, die Heilstätte für Nervenkranke »Haus Schönow«, Berl. klin. Wschr. 1921, 720.

Digitized by Google

Personal und Kranke ergeben und spornte sie zu eigenen Leistungen an. Das Wohl der Kranken war oberster Grundsatz. Die Untersuchung der Kranken mußte mit der größten Sorgfalt vorgenommen werden und wurde von ihm selbst mit fast pedantischer Genauigkeit kontrolliert. Er verlangte nicht nur tätige Mitarbeit, sondern drang auf wissenschaftliches Studium und eigene selbständige Arbeit. Es war eine strenge, aber ausgezeichnete Schule für den angehenden Neurologen und Psychiater, der hier die für die Praxis so wichtigen Krankheitsbilder aus den Grenzgebieten studieren konnte. Eine Reihe wissenschaftlicher Arbeiten aus seinem Institute zeugen davon. Voll Stolz berichtet Laehr, daß einer seiner Ärzte einmal gesagt habe: »er verlangte sehr viel von uns und war deshalb nicht immer bequem, aber er ging uns immer mit seinem Beispiel voran und wir folgten ihm gern«. Er selbst wurde von der praktischen Tätigkeit so in Anspruch genommen, daß er nur noch gelegentlich einmal das Wort ergriff über Beschäftigungstherapie für Nervenkranke (Wien. klin. Wschr. 1906), der Heilerfolg der Anstalt für Nervenkranke (Arch. f. Psychiatr. Bd. 40, 1905), die Nervosität der heutigen Arbeiterschaft (Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 66, 1909) u. dgl. Aber vieles, das heute Allgemeingut der Wissenschaft ist, hat er lange vorher erkannt; um nur eines zu erwähnen: er hielt auf eine sorgfältige Analyse des Krankheitsbildes und lehrte uns schon früh eine »mehrdimensionale Diagnostik«, wie dies später genannt wurde. Die meisten Patienten blieben mit der Heilstätte in Fühlung und holten sich immer wieder Rat. Wurden sie doch nicht nur ärztlich betreut, sondern ihr Leben neu gestaltet! Viele haben seine Güte erfahren, aber nur wenige wissen, wie er im stillen zu helfen wußte. Ein Feind falsch angebrachter Wohltätigkeit verstand er es, die Gebefreudigkeit mildtätiger Menschen in die rechte Bahn zu lenken. Sein Tod hat vielen ihren väterlichen Berater genommen.

Im Kriege wurde Haus Schönow Reservelazarett, zuerst unter seiner Leitung, später unter anderen Ärzten, denn es hielt ihn nicht zu Hause, er wollte näher an die Front. Im Mai 1915 ging sein Wunsch in Erfüllung, und ihm wurde die Aufgabe, Lazarette einzurichten. In Nordfrankreich leitete er in Rethel und Denain Kriegslazarette, in Malonne richtete er ein Nervenlazarett nach dem Muster von Haus Schönow ein; in Galizien und Litauen stand er Seuchenlazaretten vor. Dabei erkrankte er schwer an Typhus, von dem er sich nur langsam erholte. Später wurde er in Rumänien von einem tollen Hund gebissen und mußte sich einer Serumkur in Bukarest unterziehen. Danach kehrte er nach Haus Schönow zurück, wo er das Kriegsende erlebte. Nach Auflösung der Lazarette wurde der alte Betrieb wieder aufgenommen, aber die Zeiten waren andere geworden. Die politische Unruhe in dem nahen Berlin störte die

Digitized by Google

geordnete Behandlung der Kranken, und so mußte er sich die Frage vorlegen, ob er die Heilstätte auflösen oder an einen anderen Ort verlegen sollte. Er wählte das letztere, da es ihm »Verrat an den Vielen dünkte, denen er die Entstehung des Hauses verdankte und die es ihm zu treuen Händen übertragen hatten«. So wurde am 1. 4. 1921 der Umzug nach Blankenburg a. Harz in das alte Müller-Rehmsche Sanatorium vorgenommen. Mit unverminderter Tatkraft konnte ***Laehr*** dort langsam das Verlorene wieder aufbauen. Aber die Inflation und besondere wirtschaftliche Schwierigkeiten machten 1925 eine abermalige Verlegung notwendig und zwar nach Malente-Gremsmühlen, wo sich die Heilstätte noch befindet. Hier auf einem anderen Staatsgebiet mußte um die Anerkennung als Wohlfahrsinstitut prozessiert werden; welche die Heilstätte im preußischen und braunschweigischen Lande Jahre lang besessen hatte; aber ohne Steuerfreiheit wäre ihr Ende besiegelt gewesen. Als auch dies errungen war und die schwebenden Schulden beglichen, so daß ein neuer Aufstieg bevorstand, zwang ihn ein körperliches Leiden — eine zunehmende trophische Störung in den Händen — die Leitung nach 30jähriger Tätigkeit abzugeben (August 1930), wenn er sie auch weiterhin noch väterlich umsorgte. Bei der Abschiedsfeier überreichte ihm der Präsident des Reichsgesundheitsamts Bumm die silberne Medaille für Verdienste um die Volksgesundheit und sprach ihm öffentlich den Dank der Behörde für seine erfolgreiche Tätigkeit aus. — So lange er im Amt war, vermied er im Interesse des Vertrauens seiner Patienten eine öffentliche politische Stellungnahme. Nun aber hinderte ihn nichts mehr, der nationalsozialistischen Partei beizutreten, in deren Geist er einstmals die Heilstätte begründet und seither geführt hatte. Er ließ sich in Naumburg nieder und widmete sich in ungestörter geistiger Regsamkeit der Philosophie und Kunstgeschichte, hörte darüber Vorlesungen in Leipzig, und hielt selbst gelegentlich im kleineren Kreise Vorträge über Rassenkunde. Eine schwere Magenoperation im Jahre 1932 wurde gut überstanden. Doch schon im Juni 1933 setzten Fieberattacken ein, die auch nach Operation und Heilung eines Abszesses am Oberschenkel nicht verschwanden. Die Erkenntnis, daß ein tuberkulöser Lendenwirbel die Ursache war, konnte nichts mehr helfen, und so endete sein reiches Leben nach langem, qualvollem, geduldig ertragenem Leiden am 22. 4. 1936 im 71. Lebensjahre [2]).

---

[2]) Als es ihm mitten in dieser Krankheit einmal etwas besser ging, verfaßte er zu Weihnachten 1934 »als erstes Zeichen einer wiedererwachenden Lebenskraft« einen kurzen Lebenslauf für seine Familie, welchen mir seine Gattin liebenswürdiger Weise zur Benutzung überließ; aus ihm sind die angeführten Zitate entnommen.

Digitized by Google

Max Laehr hatte sich mit einer Tochter des früheren Präsidenten des kaiserlichen Gesundheitsamts Köhler vermählt. Sie ging mit in seiner Lebensaufgabe auf und stand ihm treu in den schweren Zeiten zur Seite.

Sein Andenken wird fortleben bei allen, die ihn kannten, seinen Ärzten, seinen Mitarbeitern und den Kranken, die er betreute, und in dem Werke, dem sein ganzes Leben galt, der Heilstätte »Haus Schönow«.

J. Hallervorden (Potsdam)
(ehemals Assistent der Heilstätte »Haus Schönow«, früher in Zehlendorf bei Berlin, von 1910 bis 1912).

Digitized by Google

(Aus der Staatsanstalt für Geistes- und Nervenkranke Kobierzyn bei Kraków. Direktor: *Dr. W. Stryjeński.*)

Über verkannte Paralysen.

Von

Juljan Dretler.

Mit 8 Figuren auf 2 Tafeln.

Kraepelin bemerkte in der letzten Ausgabe seines Lehrbuches, daß die progressive Paralyse eine der best umrissenen Krankheiten sei, doch treten dem Kliniker manchmal Überraschungen auf diesem Gebiet entgegen. *Nonne* äußerte sich in einer Diskussionsbemerkung, daß oft die verkannten Paralysefälle keine Fehldiagnose (sensu strictu) bedeuten, sondern auf große Spannweite der atypischen Erscheinungsformen der Krankheit, die sich um die typischen Axensyndrome gruppieren, zurückzuführen sind. Folgende Mitteilung soll eben Fälle zur Anschauung bringen, die wegen ihrer ungewöhnlichen Atypie einer genaueren Besprechung wert zu sein scheinen.

Fall 1. R. J. 1262/34, 38 Jahre alt, Arbeiter. Der Anstalt mit folgendem Zeugnis zugeführt: R. J. leidet an einer Geisteskrankheit seit drei Wochen, die durch Mutismus, Negativismus und Unruhezustände charakterisiert ist. Seit längerer Zeit wurde er arbeitslos nicht aus eigener Schuld, seit 6 Wochen begann er zu wandern, dann vagabundierte er immer mehr ziellos in den Gegenden von Kraków und bettelte. Vorher stets ruhig. Wegen letzterschienener Agitation im Gemeindearrest gehalten. In letzten Wochen soll der Kranke stark abgemagert und marantisch geworden sein. Bei der Aufnahme stellt man fest, daß der Kranke im äußerst marantischen Zustand ist, er weint und winselt, antwortet auf keine Fragen, eine genauere Exploration ist unmöglich. Frau und Kinder gesund, keine Fehlgeburten der Frau. Auf der Abteilung macht er den Eindruck eines physisch schwer Kranken; Hypomimie, Döseln, Augen zugemacht, er beantwortet keine Fragen. Kann ohne Hilfe nicht stehen, der Kopf hängt kraftlos herunter; beschmutzt sich mit Urin und Kot. Im Bett schläft er rasch ein. Ißt sehr wenig, nur flüssige Speisen; angedeutete Schluckbeschwerden. Körperhöhe 174 cm, Körpergewicht 54,2 kg. Auf aufdringliches Befragen bewegt er nur die Lippen, öffnet den Mund ein wenig und bringt nur einige verwischte, unverständliche Silben hervor. Sein ganzes Benehmen ist dem eines tief somnolenten oder eingedämmerten ähnlich. Nach zwei Tagen etwas kräftiger, kann schon manchmal auf Befragen Antworten geben. Im Raum und Zeit desorientiert, Personalien gibt gut an, doch ist außerstande, seine nächsten Familienmitglieder zu nennen. Hie und da spricht er etwas vor sich hin, was als Neologismen bewertet werden kann. Seltener stößt er in ängstlicher Unruhe einige Wahn-

Digitized by Google

äußerungen hervor. Bolscheviken wollen ihn töten, er sei doch ein guter Christ; es stehen hinter ihm fremde Leute, vielleicht Teufel, sie wollen ihn in die Hölle ziehen. Er sei arm und nackt, lebe armselig, aber ohne Gewissensbisse. Neurologisch: Schädelnerven normal, Anisokorie l > r. Am Rande der Iris bemerkt man einige kleine Einziehungen und alte Narben, ebenso an der Hornhaut neben alten Narben stellt man einige Trübungen fest. Licht- und Akkomodationsreflexe beiderseits gleichmäßig, abgeschwächt. Die Sprache ist verwischt, lallend, nicht dysarthrisch, sie macht (insbesondere wenn Kranker mehrere Wörter spricht) den Eindruck einer Pseudobulbarstörung. Sehnenreflexe beiderseits gleich, mäßig erhöht. Keine pathologischen Reflexe. Hypersensibilität der Körperdecken. Einige Nervenstämme druckempfindlich. Blutuntersuchung: Wassermann positiv (3, 3, 3). Meinicke schwach positiv, Zitochol schwach positiv, Leukozytose 8700, im Blutbild Arneth'sche Linksverschiebung, Aussaat bakteriologisch keimfrei. Liquor: Wassermann negativ, wegen Beimischung mehrerer Erytrozyten zu anderen serologischen Untersuchungen nicht geeignet, Meerschweinchen wurden geimpft; nach 6 Wochen Antwort: keine Tbc. (Die Resultate — außer der letzten — kamen am Todestag des Kranken auf die Abteilung zurück.) Am fünften Tag des Spitalaufenthaltes erschienen bei R. J. epileptische Anfälle (7). Er bleibt völlig eingedämmert, Marasmus steigt rasch. Am nächsten Tag erscheint ein Status epilepticus mit 35 Anfällen, die nach Kalcium und Somnifen nachlassen; der Kranke unterliegt jedoch am nächsten Tag in einem hyperthermen Zustand mit Zeichen einer beginnenden Pneumonie einem neuen Status (21 Anfälle), der jedem Eingriff trotzte. Vor dem letzten Status Körpergewicht 39,4 kg. Während der Anfälle beiderseits Babinski, Nackensteifheit, sowie schwach angedeuteter Brudziński und Kernig. Diagnose: Observatio quoad psychosim organicam.

Obduktion 22 Stunden nach dem Tode (Prof. *Ciechanowski*). Dura mater matt und etwas verdickt, an manchen Stellen mit Schädelknochen verwachsen. Die Arachnoidea und Pia matt, feucht, die Pacchioni'schen Granulationen etwas vergrößert. Die Pia an umschriebenen kleinen Flächen mit der Hirnrinde verwachsen. Gehirn symmetrisch, wiegt 1190 g, deutlich kleiner in allen Dimensionen, Gyri zusammengeschrupft, Sulci breiter, enthalten größere Quantitäten von klarer Flüssigkeit. Frontalhirn ist, mit bloßem Auge betrachtet, nicht kleiner als andere Hirnpartien. Das Hirn ist weicher, feuchter, mäßig durchblutet, von normaler Zeichnung; die weißen und die grauen Teile normal proportioniert, an hinteren Partien passive Hyperämie. An anderen Organen: Bronchitis diff. muco-purul., Peribronchitis disp. crouposa lob. inf. pulm. utr. impr. dextr., Hyperaemia et oedema partis post. lobi inf. pulm. utr., obliteratio part. pleur. utr., atrophia fusca cordis et hepatis. Alipoidos. gland. suprarenal. Gehirn histologisch: Pia und Arachnoidea stark verdickt, insbesondere über dem Frontallappen und den vorderen Teilen des Parietal- und Temporallappens mit Fibroblasten, welche hie und da oedematös verändert sind, sowie mit hämatogenen Rundzellen und Abraumzellen stark infiltriert. Die Infiltrationen sind frisch. Das Perdraubild entdeckt eine sehr starke Neubildung mesenchymaler Netze. Gefäße, deren Wände verdickt sind, sind mit Lymphozyten und Plasmazellen austapeziert. In kleinen Gefäßen eine Intimawucherung, die manchmal zum Verwachsen des Gefäßlumens führt. An einigen Stellen deutliche Neubildung der Gefäße. An Übergangsstellen der Gefäße in die Rinde speziell starke Betonung der Plasmazelleninfiltrate. Die Hirnrinde verschmälert, hauptsächlich in den vorderen Partien, wo die zytoarchitektonische Gliederung völlig verwaschen ist, in anderen Gegenden ist sie noch ziemlich gut

Digitized by Google

Fig. 1

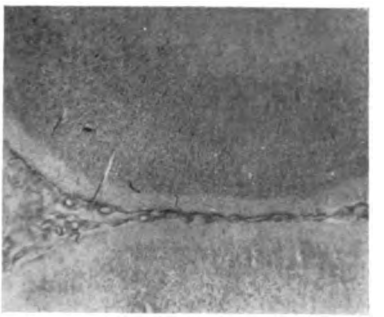


Fig. 2

Fig. 3

Fig. 4

Fig. 1. Fall 1. Übersichtsbild. Frontalrinde. Nissl. (S. 244). Fig. 2. Fall 2. Übersichtsbild. Frontalrinde. Nissl. (S. 248). Fig. 3. Fall 3. Brücke. Kapillareninfiltrationen. Nissl. (S. 251). Fig. 4. Fall 3. Kleinhirn. Meningeninfiltration. Rindegliose. Kapillarwucherung der Molekularschicht. Verdoppelung der Bergmann'schen Schicht. Nissl. (S. 251)

Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Band 105
Zu Julian Dretler, „Über verkannte Paralysen"

Verlag von Walter de Gruyter & Co., Berlin W 35

Digitized by Google

Digitized by Google

erhalten. Eine starke Gefäßneubildung mit Wucherung mesenchymaler Netze. Starke Plasmainfiltrate und »Muffen« um die Gefäße, freie Plasmazellen im Nervengewebe. Hochgradiger Parenchymschwund. Nervenzellen zeigen schwere und ischämische Zellerkrankung, viele sind im Zustand der Plasmolyse, starke Neurophagie der Zellentrümmer und der erkrankten Zellen. Eine außerordentlich starke Wucherung der Glia in aller drei Formen; sie bedecken völlig die Nervenzellen und imitieren manchmal einen großen Zellreichtum der Rinde. Im Sommer'schen Sektor deutliche Verflüssigung der Nervenzellen und noch mehr als irgendwo ausgeprägte Gliawucherung. In Basalganglien, hauptsächlich im Caudatum und im Putamen ist das histopathologische Bild den Rindeveränderungen ähnlich. In anderen Hirnpartien nimmt der paralytische Prozeß kaudalwärts ab. Im Kleinhirn starke Homogenisierung der Parkynjezellen und der Nervenzellen des Dentatums, hie und da eine Gliastrauchwerkbildung. In den Ventrikeln eine starke Ependymitis granularis. Spatz'sche Reaktion am alkoholfixierten und entzelluloidinierten Schnitt stark positiv. Spirochätenuntersuchung (Jahnels Pyridinwaschmethode und Methode Kanzler-Kufs) an 14 Blöcken aus der Rinde negativ.

Der Kranke wurde der Anstalt mit einer atypischen Vorgeschichte in dessen letzter Lebensperiode zugewiesen, wo eine genauere Untersuchung der psychischen Fähigkeiten unmöglich wurde. Das Wenige des psychischen Verhaltens, das festgestellt werden konnte, war unspezifisch, er könnte von jeder schweren organischen Krankheit Zeugnis geben. Es fällt aber bei R. J. in diesem Zustand eine Benommenheit auf, die bei den Paralytikern in ihren vorletalen Lebensperioden fast nie gesehen wird. Der rapide Gewichtsabfall lenkte unsere Aufmerksamkeit auf eine Gehirnkrankheit eher diffuseren Charakters mit Bevorzugung vegetativer Anteile in der Umgebung des III. Ventrikels. In allen Untersuchungen, die das Körpergewicht des Paralytikers berücksichtigen (*Reichhardt*, *Le Roy-Medakovitch-Masquin*, *Bunker* u. A.), wurden große Gewichtsschwankungen beobachtet, aber ein so starker Gewichtsabfall binnen kurzer Zeit wurde m. W. nicht notiert. Der Kranke verlor in 7 Tagen 14,8 kg, um nur diejenige Werte zu fassen, die in der Anstalt notiert wurden; aber schon das Ausgangsgewicht des Kranken zeugt von einem Marasmus. Daß diese Abmagerung auf Grund von Störung vegetativer Zentren zustande kommt, läßt sich durch die anatomische Untersuchung des Falles nicht bejahen. Die Gesundheit der Familie und keine Fehlgeburten der Frau, sowie die atypische Anisokorie, die als Narbensymptom einer alten peripheren Hornhaut- und Iriserkrankung gefaßt wurden, waren außer Stande, unsere Vermutung in die Richtung der Paralyse zu lenken. Liquorwassermann war trotz positiven Blutwassermanns (und einer Beimischung von Blutkörperchen) negativ, die Wahnäußerungen waren depressiv-ängstlichen Charakters. Der Status epilepticus könnte noch am ehesten an die p. P. denken lassen, doch beobachtet man denselben bei vielen organischen Endzuständen. Es sei noch bemerkt, daß nach *Kraepelins* Feststel-

Digitized by Google

lungen die Anfallsparalyse, auch wenn sie durch noch so häufige epileptische Status geprägt ist, länger dauert, als andere Paralyseformen, — was bei unseren Kranken nicht zutrifft. Es handelt sich also um eine (anatomisch einwandfreie) Paralyse, in Form einer Mischung von an sich atypischen Unterformen: der foudroyanten und der epileptischen.

Fall 2. S. G., 1384/33, 27 Jahre alt, Bauer. In die Anstalt auf Grund eines folgenden Parere aufgenommen: S. G. zeigt seit 3 Tagen eine früher bei ihm nicht beobachtete Brutalität und Agressivität. Er ist im Zustand einer starken Unruhe und Impulsivität, die ihn für die Umgebung gemeingefährlich machen. Bei der Aufnahme erfährt man, daß S. G. seit einiger Zeit etwas mißtrauisch wurde, er arbeitete im Feld, so wie vorher, lebte zufrieden in der Familie, wurde aber gegen fremde Leute leicht aufbrausend. Vor drei Wochen fiel er zum erstenmal durch einen unmotivierten Wutzustand auf, in dem er alles umher schlagen wollte. Er äußert Wahnideen, er will die Welt verbessern, er ruft alle in die Kirche um dort zu predigen; jeder Widerstand ruft bei ihm Zorn bis Wutanfälle aus. In den letzten Tagen jagt er im Dorf herum, flieht in der Nacht vom Hause weg, läuft zu den Nachbarn und weckt sie von dem Schlaf. Am letzten Tag ging er mit einer Hacke in der Hand auf Leute los. Zwei Kinder (5 u. 3 Jahre) gesund, keine Fehlgeburten bei der Frau. Der Kranke liegt im Aufnahmezimmer auf dem Boden, ist völlig desorientiert, lacht seine Umgebung aus, daß sie ihn für einen Narren halte; alle seien verrückt geworden, alle hätten sich in letzter Zeit verändert. In der Abteilung spricht der Kranke fortwährend vor sich hin, will im Saal keine Antworten auf Fragen geben, von Zeit zu Zeit beginnt er zu weinen, beruhigt sich jedoch bald spontan. Am nächsten Tage gibt er flüsternd seine Personalien an, er müsse sehr leise sprechen, um nicht für einen Verrückten gehalten zu werden, er wisse wie seine Frau heißt, auch wo sie wohnt. In Zeit und Raum ist jetzt S. G. gut orientiert. Hier ist es wie in einem Spital, aber auch wie in einer Kirche, oder einem Kerker; er könnte ja in allen gleichzeitig sein. Im Spital, weil man ihn für einen Narren halte, in der Kirche mit seinen frommen Gedanken und im Kerker, weil er manche Leute mit der Hacke angegriffen hat. Er ist »hier«, weil sein Mund nach Luft und Wasser sich sehne, weil er Gutes schaffen wollte. S. G. hat reichliche optische Halluzinationen. Fast stets sieht er laufende Pferde, rasende Stiere, manchmal sieht er vor seinen Augen eine große Schlacht von Tieren, manchmal Raufereien junger Buben. Alle diese Szenen gehen sehr rasch vor sich hin, verschwinden bald, um wieder von neuem herzukommen. Elementare optische Sinnestäuschungen, sowie Gedankenhören und Gedankenlautwerden oder andere Formen von Gehörstäuschungen konnte man bei S. G. nicht beobachten. Er berichtet uns, daß er vor etwa 18 Monaten venerisch krank war. Während der Saisonarbeit in der Stadt aquirierte er einen Schanker bei einer Puella, nahm nachher Spritzen in die Glutealgegend sowie in die Hand[1]). Der Schanker verschwand nach zwei Wochen. Rechenvermögen sowie gelernte Wissenschaften und Orientierung in allgemeinen Verhältnissen sind seinem Beruf und seinem Wissensschatz gemäß. Neurologischer Status: Pupillen gleich, rund; Licht- und Akkomodationsreflex direkt und konsensual gleich, prompt. Außer sehr starken, zum Clonus spurius tendierenden Sehnen-

[1]) Durch entsprechende Krankengeschichte verifiziert.

Digitized by Google

reflexen sowie starker mechanischer Muskelerregbarkeit (deutliche und lange anhaltende Wülste) ist der Befund normal. Blutuntersuchung: Wassermann, Meinicke, Zitochol, negativ, Leukozytose 6400, im Blutbild 4,5% Eosinophilen; Liquor: Wassermann negativ, Weichbrodt schwach positiv, Pandy positiv, Nonne-Apelt positiv 1/16, Pleozytose 176/3 (Lymphozytose mit einigen Plasmazellen und Eosinophilen beigemischt), Eiweiß 0,05%, Eiweißquotient 0,4, Goldsol: 555554320000, Mastix: VIII, X, XII, XII, XII, XII, XII, X, X, X, VIII, VII, VI, III, NaCl 650 mg%, Zucker 35 mg%. Bald nachher folgt eine Periode, in welcher der Kranke sein Benehmen ändert, er antwortet auf keine Fragen mehr, halluziniert weiter visuell, äußert starke Angsterlebnisse, ist manchmal wie etwas benommen. Während der Angstzustände wird er immer mehr erregt, muß im Dauerbad bleiben, nimmt oft hinter der Badewanne vor den ihn schreckenden Visionen Zuflucht, zeigt auf die Wände oder in die Luft und schreit, daß dies eben geschieht, wovor er so Angst hätte. Er wird lauter, aggressiv, impulsiv. Es erscheinen Zustände von starker Unruhe, die mit furchtbarem Schreien verbunden sind; alle Narcotica, Somnifen inbegriffen, sind wirkungslos, oder beruhigen ihn nur für eine Stunde. Von Zeit zu Zeit steht er stuporös in der Zimmerecke, zeigt auf die Wände, ist mutistisch, macht perseveratorische Hand- oder Fingerbewegungen, manchmal liegt er und bewegt rhythmisch stundenlang alle vier Extremitäten, gleichzeitig unverständliche Laute ausstoßend. In diesem Zustand bekommt er plötzlich einen Kollaps (nach 14täglichem Spitalaufenthalt), der koupiert werden konnte; bald nachher verfällt S. G. wieder in den Unruhezustand. Trotz Narcoticis jagt er und tobt im Baderaum, schlägt so mit Fäusten auf Brust und Bauch, daß die Haut zerkratzt wird. Ein zweiter Kollaps endet mit dem Tode. Diagnose: Schizophrenie, Katatonia symptomatica (parasitogenes?).

Der Sektion war leider nur das Gehirn zugänglich (8 Stunden nach dem Tode). Makroskopisch: Dura mater glatt, dünn und schimmernd, läßt sich leicht vom Schädel absondern, Sinus venosi enthalten halb geronnenes Blut; an der Arachnoidea und Pia, die etwas dicker und matter sind, stellt man eine passive Hyperämie des dorsalen Partien fest, an manchen Stellen sind die Gehirnhäute mit der Rindenoberfläche verwachsen. Gehirn symmetrisch, vom Gewicht 1550 g Gyri deutlich abgeplattet, Sulci etwas verflacht, die Gehirnsubstanz, die die Gehirnhäute stark aufspannt, ist beim Schneiden feuchter, bleibt ein wenig am Messer haften. Die Rinde ist rosa gefärbt. Die Gehirnzeichnung normal, die Kammern sind sehr schmal und enthalten sehr wenig klarer Flüssigkeit.

Mikroskopisch: Meningen stark verdickt; enorme Vergrößerung der Pacchioni'schen Granulationen. Gehirnhäute sind mit Rundzellen infiltriert, die sowohl kompakt um die Gefäße, wie auch frei im Gewebe ansäßig sind. Starke Wucherung der mesenchymalen Fasern. Neubildung von kleinen Gefäßen. In den Arteriolen Intimawucherung, manchmal fibrös-elastische Media- und Intimaveränderung. An einigen größeren Gefäßen Anzeichen der Heubnerschen Endarteriitis. An großer Oberfläche ist die Pia mit den oberen Rindenschichten verwachsen. An der Rinde sind die rostralen Partien im Prozeß bevorzugt. Im allgemeinen überwiegt ein einfacher Parenchymschwund, in dem man größere von der Umgebung gut abgegrenzte Ganglienzellenausfälle bemerkt. An solchen Stellen rege Gliaproliferation. In anderen Partien unregelmäßiger Verödungsprozeß der Rinde anwesend. Gefäße nur mäßig neugebildet mit wenig angedeuteten Plasmainfiltraten. Manche Gefäße sind enorm erwei-

Digitized by Google

tert, prall mit Blut ausgefüllt, wogegen andere blutleer aber nicht verschlossen, sondern eingeklappt sind. Auf diesem Untergrund bemerkt man ziemlich scharf von der Umgebung abgegrenzte Areale, in denen ein sehr starker entzündlicher Prozeß hervortritt. An solchen Rindenstellen ist die Kapillarneubildung sehr reichlich, die Plasmazelleninfiltrate sind kompakt, im Gewebe findet man freie Rund- und Plasmazellen. In kleineren Gefäßen ist der entarteriitische Vorgang anwesend. In diesen Arealen ist die Gliawucherung viel intensiver, sie wirkt im Mikroskop als dickere, zellenreichere und tiefer gefärbte Zone. Herdförmige Entmarkungsflecken der oberen und (seltener) tieferen Rinde. In den subkortikalen Ganglien ist der Prozeß verhältnismäßig stark angedeutet, man bemerkt da, sowie in der Rinde, wie areal abgegrenzte Entzündungserscheinungen vom Hintergrund des mäßig angedeuteten Verödungsprozesses hervortreten. Erst im Mesenzephalon wird der paralytische Prozeß abgeschwächt. In der Brücke und im verlängertem Mark seltene, sehr kleine und frische Entzündungsfoci. An der Kammerauspolsterung stellenweise Wucherung des subependymalen Gewebes. Spatz'sche Reaktion (Methode wie im Fall 1) stark positiv. Spirochätenuntersuchungen (Methoden s. o.) in 10 Blöcken aus der Rinde. In 3 Blöcken zahlreiche Spirochäten im Knäuel aus mehreren Exemplaren, in zwei weiteren Blöcken sporadische Exemplare.

Die Krankheit des vorher immer gesunden S. G. dauert im ganzen 7 Wochen von den ersten merklichen Veränderungen bis zum Tod an. Zunächst wird auf Grund der ersten Untersuchung sowie auf Grund typischer Vorgeschichte, die Diagnose Schizophrenie gestellt, die aber schnell Zweifel erweckte. Exogene Einschübsel wie: Bewußtseinveränderungen und optische Halluzinationen szenischen Charakters, Angstzustände und Unruheerscheinungen vom hyperkinetischen Charakter ließen eher an einen symptomatischen Zustand denken, der vielleicht mit konstitutionell bedingten (doch Familienanamnese unbekannt), schizophrenen Erscheinungen begonnen hat, die nach der Entwicklung der Grundkrankheit durch exogene Zustände überlagert wurden. Die Untersuchungen der Körperflüssigkeiten führten uns eher zur Annahme einer parasitischen Erkrankung: negative Wassermanreaktionen neben paralytischen Gold- und Mastixkurven konnten an eine Zystizerkose des Nervensystems denken lassen, die Pleozytose sowie die chemischen Befunde wiesen auf eine menegitische Affektion hin; man wurde also an eine psychotische Form der Zystizerkose erinnert, von der schon *Griesinger* berichtete und die auch neuerlich *Tyczka* in seinem großen Material finden konnte. Die Untersuchung der Liquorzellen konnte nicht auch als Wegweiser dienen, da eine Lymphozytose mit Beimischung von Plasma- und wenigen kosmophilen Zellen sowohl bei der p. P. als auch bei der Zystizerkose (nach *Orzechowskis* Befunden) anwesend sein kann[2]). Trotz der Lues in der Anamnese wurde keine p. P. in Erwägung gezogen, da die Inku-

[2]) Nebenbei sei bemerkt, daß in einem Falle von *Kufs* umgekehrt eine klinisch diagnostizierte Zystizerkose sich anatomisch als p. P. erwies.

Digitized by Google

bationszeit für eine solche Annahme entschieden zu kurz war. Und doch handelt es sich um einen paralytischen Prozeß. Dieser Fall verdient noch besondere Beachtung mit Rücksicht auf die kurze Inkubationszeit zwischen Infektion und Paralyse. Wenn Fälle von Tabes mit sehr kurzer Inkubationsperiode bekannt sind (*Nonne, Schaffer, Sezary, Ravaut, Grassing, Frey* u. a.) so kommt es bei Paralysen viel seltener vor. Nur *Ostertag* sah einen Paralytiker, der binnen eines Jahres sich mit Lues infizierte und an Paralyse starb, bei Jakobs Fall dauerte es 1,5 Jahre, *Nonne* berichtet von 2,5 Jahren. Unser Fall mit seinen 18-monatlichen Luesdauer wäre also dem Fall Jakobs ebenbürtig. Außerdem ist er noch wegen seiner sehr kurzen Krankheitsdauer bemerkenswert. In der Literatur werden Fälle, die so foudroyant verlaufen und mit exogenen psychotischen Symptomen vergesellschaftet sind, m. W. sehr selten. Manchmal können bei der p. P., die zum ersten Mal durch Anfälle von sich kundgibt, exogen-symptomatische Episoden hervortreten, doch Anfälle blieben bei S. G. aus. Agitationen und vage Verfolgungsideen sind in der agitierten Form der p. P. bekannt, der Übergang aber schizophrenieähnlicher Symptome in eine exogen gefärbte Psychose mit katatonieähnlichen Erscheinungen ist ebenfalls recht selten; da diese Erscheinungen der akuten Krankheitsphase gehören, können sie als »Umstimmung« des Grundprozesses nicht erfaßt werden; da sie kurz dauern, kann man sie der chronisch katatonen Paralyseform nicht nebenstellen.

Fall 3. 1048/27, M. G., Witwe, 57 Jahre alt. Aus der Anstalt in D. (Tschechoslowakei) mit folgender Krankheitsgeschichte repatriert: Aufnahmeparere: nach dem Selbstmorde des Mannes erkrankte sie plötzlich im J. 1921. Vorher geistig völlig normal. Es zeigte sich bei ihr ein System von geordneten Wahnideen, deren Kern der von ihr nicht geglaubte Tod ihres Mannes bildet. Im Zusammenhang damit hat sich ein Verfolgungswahn entwickelt. In Zeit und Ort informiert. Sie ist und war kinderlos. — In der Anstalt ist sie schwach, liegt im Bett, will keine Arzeneien einnehmen, schläft gut. Personalien werden gut angegegeben. Sie glaubt nicht an den Tod des Mannes. Neurologisch: Befund normal, serologisch: alle Reaktionen normal. Sie ist in der Anstalt ruhig und geordnet. An manchen Tagen verschlechtert sich ihr Zustand, sie wird gereizt, will zum Manne, schreit, äußert Verfolgungsideen, droht mit Rache. Sie fühlt sich krank und müde, man hätte ihr etwas eingegeben, man gebe ihr vielleicht Gift in Speisen. Sie will nicht aufstehen, liegt ganze Tage im Bett, äußert kein Interesse für ihr eigenes Schicksal, noch beachtet sie das Leben anderer Kranken. Beim Transport ruhig und apathisch. — In der hiesigen Anstalt ist sie sehr unzufrieden, sie beherrscht nur die deutsche Sprache, infolgedessen ist ein Kontakt mit anderen Kranken oder Pflegerinnen sehr erschwert (speziell in den ersten Detentionsjahren). Sie fühlt sich gesund, man will sie krank machen, ihr Mann ist nur für die Welt gestorben, für sie lebt er noch, er wird sie noch im weiterem Leben begleiten. Als sie von der Beerdigung ihres Mannes nach Hause zurückkehrte, bemerkte sie, daß das Bahnpersonal sie schon schief anblickte und sie zu verfolgen anfing.

Digitized by Google

Man hat ihr viel Kummer angetan; man hätte ihr Gespenster nachgejagt, man hätte ihr Gedanken abgezogen. Sie fühlte sich ganz müde, sie käme nach Polen, weil hier ihr Mann geboren war. Sie gesteht unruhig zu sein, sie müsse ja ihr inneres Gewissen (so nennt sie die inneren Halluzinationen) in Ordnung bringen. Neurologisch ohne Befund, Blutwasserman negativ, Liquor: 4 Reaktionen negativ. In der Anstalt verbleibt sie bis zum Tod (im 65. Lebensjahr). Sie ist im allgemeinen ruhig, näht und stickt. Von Zeit zu Zeit beginnt sie spontan Wahnideen zu äußern. Durch einige Tage wird sie schlaflos, gereizt, zornig, arbeitet nicht mehr, beruhigt sich immer spontan nach kurzer Zeit. Mit der Zeit werden ihre Wahnäußerungen immer fantastischer. Sie erzählt von ihren Verhältnissen mit der Sonne und dem Mond, sie deutet Unwetter in spezifisch schizophrener Weise. Wolken sind für sie Zeichen, die ihr der noch lebende Mann gibt, sie soll nur auf ihn warten. Die Sonne beherbergt in der Nacht ihren Mann und den Anstaltsleiter. Alle Leute um sie herum sind vom Augenblick zum Augenblick verändert; es sind nicht mehr dieselben, die die Kranke seit je kennt. Der Arzt ist ein anderer geworden, er ist von der Sonne auf die Erde von ihrem Mann geschickt worden. Wenn der Mond aufgeht, wird auch der Mensch anders, auf andere Weise empfindsam. Niemals, bis in die letzten Monate ihres Lebens, konnte man etwaige abnorme psychische (die die Grunddiagnose trüben könnten) Symptome finden. Keine Spur von Dysarthrie, sie sprach in den Ruheperioden gerne, viel, sehr geläufig in einem Dialekt ihres Wohngebiets an der Grenze Oberösterreichs und der Tschechoslowakei. Einige Monate vor dem Tode bemerkte man bei ihr einen leichten Schwindel, der einige Male anfallsweise deutlicher hervortrat. Gleichzeitig kamen einige Ohnmachtsanfälle, die schnell vorübergingen, nachher aber mit stärkerem Schwindel, der einige Stunden dauerte, vergesellschaftet waren. Interner Befund: Arterioskler. in-sign., myocardit. diff. chron. Die Kranke starb eines frühen Morgens: nach dem Verlassen des Waschraumes, indem sie noch munter etwas gesungen hat, sank sie zusammen und jede Hilfe war effektlos. Klinische Diagnose: Schizophrenie, präseniler Paranoid, Arteriosklerose.

Sektion 10 Stunden nach dem Tode (Prof. *Ciechanowski*). Makroskopisch: Dura mater glatt, feucht und schimmernd, läßt sich leicht vom Schädel abziehen, Sinus venosi enthalten halbgeronnenes Blut, die dünnen Hirnhäute sind über dem Hirnmantel dünn und glatt, über den hinteren Teilen des Hirnstamms fallen sie etwas mehr ins matte und sind dicker. Gehirn etwas kleiner symmetrisch, normaler Konsistenz. Gewicht: 1070 g. Gyri und Sulzi normal, im Durchschnitt normale Durchblutung, Zeichnung gut proportioniert, Gehirnkammern normalen Umfangs. In anderen Organen: Arterioscl. univers. maior. grad., Emphysema pulm. Synaech. pleural. apic. dextr. compac., Bronchit. mucopurul. chron., Hypertroph. cord. tot., Dilatat. cord. dextr., Steatos. myocard., Lipomat. musc. cord., Tumor lien. chron., Indur. cyanot. ren., Hyperaem. pass. intest. Myoma subseros. magn. uteri.

Mikroskopisch: Arachnoidea und Pia sehr wenig über dem Großhirn verdickt, kleine sporadisch zerstreute Entzündungsherde. Die Meningen-Kortexgrenze gut angedeutet. An Übergangsstellen der Gefäße etwas deutlichere Infiltrate, die aus Plasmazellen und Lymphozyten zusammengesetzt sind. An größeren Meningealgefäßen Zeichen arteriosklerotischer Entartung. An Meningen, die die Brücke, das verlängerte Mark und das Kleinhirn umhüllen, stellt man eine viel deutlichere Verdickung fest. An manchen Stellen sind die Meningen

Digitized by Google

mit der Hirnoberfläche verwachsen. Eine etwas deutliche Gefäßsprossung mit ausgesprochener Infiltration in diesen Gehirnhautpartien. Hirnrinde von fast normaler Breite, das zytoarchitektonische Bild in allen untersuchten Stellen ziemlich gut ablesbar. Sporadische Zellendegeneration, Gliawucherung nur angedeutet. Kapillaren von normaler Zahl, nicht verdickt, wenige kleine Infiltrate (Plasmazellen und Lympozyten), die sich in der Nähe des Gefäßes halten, wandern nicht ins Hirngewebe. An mehreren Stellen disseminierte, manchmal konfluierende Verödungsherde, die stufenweise in die gesunden Hirnpartien übergehen; in solchen Arealen sind die Gefäße weder vermehrt noch infiltriert. Am Markscheidenpräparat ein deutlicher Untergang der Tangentialfaserschicht, außerdem mehrere Markscheidenflecke. In Basalganglien ist das histologische Bild dem der Rinde ähnlich. In der Brücke bemerkt man ein Steigen der Zahl der Kapillaren, sie sind von stärkeren Infiltraten, als in den rostralen Hirnpartien, begleitet. Die innere Gefäßwand ist verdickt, manchmal verschließt die Intima das Kapillarlumen. Im Gewebe liegen freie Plasmazellen. Die Nervenzellen sind atrophisch, viele von ihnen zeigen schwere und chronische Zellerkrankung. Intensive Gliawucherung, reichliche Bilder der Neurophagie. Wucherung der Randglia. Im verlängerten Mark ist der entzündliche Prozeß noch intensiv, um viele Gefäße liegen »Muffen«, freie Infiltratzellen liegen im Gewebe. Nervenzellen in verschiedenen Stadien der schweren und chronischen Erkrankung bis zur Sklerotisierung oder Verflüssigung. Völlige Verfettung und Homogenisierung der Olivenzellen. Am Kleinhirn finden sich mehrere verödete Läppchen mit völligem Schwund der Purkinjezellen, neben solchen bemerkt man Stellen, an denen der entzündliche Prozeß deutlicher zutage kommt. Speziell im Markstreifen sind die Kapillaren gesprossen mit kleinen »Muffen« von Plasmazellen; starke Gliawucherung der Molekularschicht, Bilder der Gliastrauchwerke, buschelige Wucherung der Randglia. Verdickung der Bergmann'schen Schicht, Homogenisierung der Purkynjezellen. Wucherung der mesenchymalen Fasern in allen Gefäßen des Kleinhirns. Im Markscheidenbild findet man in der Brücke kleine Entmarkungsherde, ähnliches im verlängertem Mark, speziell in den oberflächlichen Partien. Im Kleinhirn sind größere Lamellen deutlich atrophisch, die Markfasern sind dünn, blaß, des Markes an größeren Partien beraubt. Spatz'sche Reaktion (Methode s. o.) in der Hirnrinde sehr schwach positiv, in der Brücke findet man mehrere Eisenschollen um die Gefäße, dasselbe im verlängerten Mark. Im Kleinhirn an wenigen Stellen pathologisches Eisen in Gliazellen in der Molekularschicht und im Mark. Im oberen Zervikalsegmenten verschwindet der Prozeß rasch und die Präparate zeigen gewöhnliche Rückenmarksveränderungen bei der p. P. Der Krankheitserreger wurde an 21 Blocken gesucht (Methoden s. o.), am 18. Block (aus der Orbitalrinde) konnte man Silbergebilde finden, die den abgestorbenen Spirochäten ähneln; am letzten Block aus dem kaudalen Brückenteil wurden sporadische Spirochätenexemplare einwandfrei festgestellt.

Auch der letzte Fall zeugt von einer Atypie. Die Diagnosen waren gerechtfertigt; sowohl die Äußerungen der Kranken, wie ihr ganzes Verhalten bei negativen Körperflüssigkeiten ließen nur an die während Lebzeiten des Patienten in Betracht gezogenen Krankheitsformen denken. Man konnte bei der Kranken keine Symptome finden, kraft deren die p. P. mit guten Gründen hätte vermutet

Digitized by Google

werden können. Die Kinderlosigkeit konnte mit Lues nicht in Zusammenhang gebracht werden, denn bei dieser Krankheit hätten wir nicht nur eine absolute Kinderlosigkeit (die bei M. G. durch das große Myom gänzlich erklärbar war), sondern auch Fehlgeburten, wenn nicht Todgeburten. Die Ohnmachts- und Schwindelanfälle wurden als arteriosklerotisch bedingt aufgefaßt; in welchem Zusammenhang diese Symptome mit der Paralyse (ungewöhnlicher Lokalisation) stehen, läßt sich nicht sagen; es ist möglich, daß die fortgeschrittene Arteriosklerose sie verursacht hat, in diesem Zusammentreffen von Ursachen könnte ja jede von Beiden die vorletalen Symptome hervorrufen. Dieser Fall hat wegen seines stark protrahierten Verlaufes gewisse Ähnlichkeiten mit denen, die in *Nissl*s Beiträgen durch die Mitglieder der Heidelberger Schule untersucht worden sind. Es ist aber im vorgerückterem Alter als jene, die außerdem noch aus der Vorwassermannperiode stammen, während unser Fall serologisch untersucht wurde. Diese Kranke fällt in den Problemkreis, den besonders *Bostroem* in Angriff genommen hat; stellt er doch die Frage, ob nicht eine endogene Psychose durch die Paralyse ausgelöst wurde. Man könnte meinen, daß eine an sich ungewöhnliche p. P. vom stationären Typus eine endogene Psychose hervorzurufen vermochte, die ihrerseits wegen der Atypie des Grundprozesses so lange im klinischen Bild dominieren konnte. Sowohl aber *Bostroem*, wie auch *Oetchey*, in einer durch seinen Lehrer inspirierten These, entwickelten andere Gedanken; es handelt sich dort in der Mehrzahl um typische, durch eine hervorstechende Ausprägung endogener charakterologischer Eigenschaften in dem Vorstadium gekennzeichnete Paralyse, die nach günstiger spezifischer Therapie diese Verstärkung endogener Erscheinungen dauernd behalten können. Die Einreihung unseres Falls in diese Gruppe für die Paralyse atypischer Syndrome muß als unwahrscheinlich erklärt werden. Übrigens diese, wie auch andere Fragen, z. B. wie lange die p. P. dauerte und wie sich der Einfluß des atypischen Prozesses und zwar der Mangel der ausgesprochenen Erscheinungen in der Hirnrinde auf den Mangel der spezifischen paralytischen Symptome gestaltet, sowie inwiefern eine Schizophrenie an der Atypie der p. P. schuld sei, haben nur einen sehr beschränkten hypothetischen Wert und sind daher zu vermeiden. Es scheint, daß unser Fall am ehesten noch denjenigen Observationen von *Glaus* ähnelt, wo echte ältere Schizophrenien an p. P. erkranken, mit der Vorbemerkung, daß die p. P. bei M. G. an sich atypisch ist. *Spielmeyer*s Feststellungen über den anatomischen Prozeß beim Fehlen klinischer Symptome kann die Annahme stützen, daß in diesem Fall eine späte p. P. klinisch noch nicht zum Ausdruck gelangen konnte[3]).

[3]) Spielmeyer bemerkt ja ausdrücklich in einer seiner Paralysestudien:

Digitized by Google

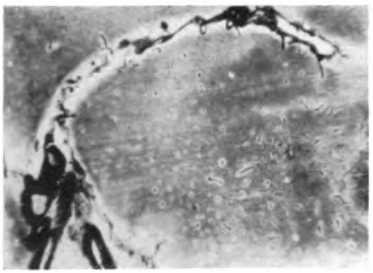


Fig. 5

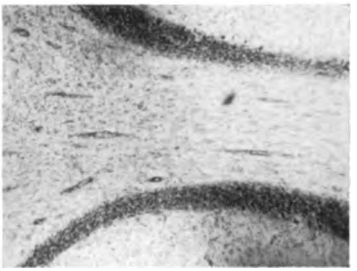


Fig. 6

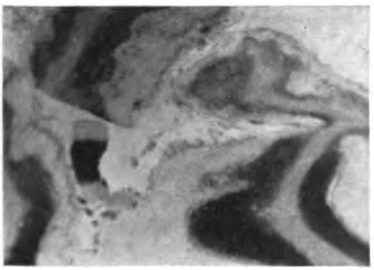


Fig. 7

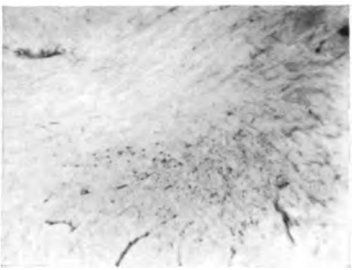


Fig. 8

Fig. 5. Fall 3. Mesenchymale Fibrillenwucherung der Kleinhirnrindekapillaren. Perdrau. (S. 251). Fig. 6. Fall 3. Kapillarenwucherung und Gliose der Markstreifen des Kleinhirns. Nissl. (S. 251). Fig. 7. Fall 3. Übersichtsbild aus dem Kleinhirn. Atrophie einzelner Läppchen. Nissl. (S. 251). Fig. 8. Fall 3. Verlängertes Mark. Übersichtsbild. Nissl. (S. 251)

Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Band 105
Zu Juljan Dretler, „Über verkannte Paralysen"
Verlag von Walter de Gruyter & Co., Berlin W 35

Digitized by Google

Digitized by Google

Es soll noch bemerkt sein, daß wenn in den ersten zwei Fällen die anatomisch p. P. deutlich war und die Spirochaetenuntersuchung keinen entscheidenden Wert hatte, in diesem Fall, wo die p. P. anatomisch anfangs nur vermutet wurde, besonders sorgfältig auf Spirochäten gefahndet wurde. Erst der positive Ausfall dieses »Geduldtestes« (wie ihn *Jahnel* nannte) veranlaßte uns zur Ausstellung neuer und zur nochmaliger Analyse der älteren Präparate.

Beim ersten Fall konnten serologisch nur negativer Liquorwassermann, beim dritten normaler Ausfall der *Nonne*schen 4 Reaktionen festgestellt werden; das Auseinandergehen der Befunde beim zweiten Fall wurde schon besprochen. Fehlen der Wassermannischen Reaktion oder normales Verhalten der 4 Reaktionen von *Nonne* wurden sehr selten bei der entwickelten Paralyse gefunden. Daß seronegative Paralysen vorkommen, ist eben schon länger bekannt. Außer kasuistischen Mitteilungen, die man den französischen Klinizisten verdankt (*Anglade, Carette, Capgras, Charpantier, Courtois, Cornil, Claude, Leroy, Marchand, Medacovitch, Robin, Targowla* u. a.), findet man noch in der Literatur größeres klinisches Material in dieser Hinsicht speziell untersucht. *Fritsche* fand 11 solche negative Fälle auf 187 Paralytiker, *Winnik* im weit größerem Prozentsatz (16), *Dattner* dagegen nur in 6%, *Saethre* sah 4 Paralytiker auf 127 mit normalen 4 Reaktionen. Unser Anstaltsmaterial zeugt von viel größerer Seltenheit dieser negativen Befunde (diese 3 Fälle mitgezählt sah man nur 5 Fälle mit normalen 4 Reaktionen auf 166 Paralysen). Wenn der Blutwassermann noch öfters bei der p. P. negativ sein kann (*Eskuchen, Kafka, Nonne, Plaut*) so wird dies für den Liquorwassermann nicht angenommen; *Bostroem Plaut, Ravaut, Sezary, Menninger* u. a. meinen, daß man, sofern man bis auf 1,0 cm auswertet, mit voller Sicherheit positive Liquorreaktionen bei der p. P. erhalten müßte.

»Möglich, daß hier der paralytische Prozeß in seinem entzündlichen Anteil und auch in geringeren degenerativen Vorgängen schon lange Zeit bestanden hat, ohne daß jedoch die Intensität des anatomischen Prozesses einen klaren klinischen Ausdruck gefunden hätte.«

Es soll in diesem Zusammenhang auf die originellen Deutungsversuche Braunmühls hingewiesen werden, der für die p. P. die These des primären synäretischen Syndroms und der unabhängigen entzündlichen Reaktion vertritt. Speziell bei »einschleichenden« Paralysen des vorgerückten Alters soll es nach *Braunmühl* vor allem zu synäretischen Vorgängen kommen. Obwohl wir speziell nach Anzeichen der Anwesenheit des synäretischen Syndroms gefahndet haben, konnten wir ihn nicht mit voller Sicherheit im Präparat beweisen; dies aber soll nach *Braunmühl* kein Beweis gegen die Anwesenheit dieser Reaktionsweise des Nervenparenchyms bedeuten. Es ist aber interessant, festzustellen, daß degenerative Vorgänge in der Hirnrinde mit Entzündung nicht vergesellschaftet zu sein brauchen; wo die letzte herrscht, bemerkt man degenerative Erscheinungen in weit schwächerer Ausprägung als in der Rinde.

Digitized by Google

Bei unseren Kranken wurden die Reaktionen nur mit 0,3 der Körperflüssigkeit aufgestellt, sie können also als Gegenbeweise nicht dienen; jedoch die angegebenen Statistiken, und die Kasuistik belehren, daß auch bei 1,0 cm Liquor noch die WaR negativ sein kann, die oben zitierte These muß also etwas an Sicherheit einbüßen. Ob unsere Fälle eine Periode mit positivem Wassermann durchgemacht hatten, ist ungeklärt, nur der dritte Fall wurde binnen 3 Jahren zwei Mal untersucht, nachher aber lebte er noch 8 Jahre ohne diesbezügliche Untersuchungen. Da auch keine spezifische Therapie durchgeführt wurde, müssen wir auf alle an sich interessanten Überlegungen über eine eventuelle anallergische Phase des Organismus gegen die Luesinfektion verzichten. Die negativen Befunde wurden in den genannten Arbeiten in weit überwiegender Mehrheit bei Fällen gefunden, die durch klassische Erscheinungen (oder wenigstens solche, die nicht übersehen werden konnten) charakterisiert waren. In unserer Kasuistik waren dagegen die psychotischen Erscheinungen atypisch. Es stellt sich also die Frage, ob überhaupt und wenn ja, in welchem Zusammenhang diese negativen Befunde mit dem klinischen Verlauf stehen. Eine Übersicht der Literatur sowie eigene, obwohl erheblich kleinere Erfahrung, muß gegen *Winniks* — übrigens sehr vorsichtigen Vermutungen — die These *Dupouys* bestätigen, daß aus den atypischen serologischen Befunden keine Schlüsse auf den klinischen Verlauf zu ziehen sind, so wie es mit dem anatomischen Bild seit langem bekannt ist[4]).

Die Zurückhaltung in der Beurteilung der Beziehung zwischen anatomischen Befund und klinischen Verlauf ist, dank *Spielmeyers* Arbeiten, seit je allgemeingültig. In beiden ersten Fällen, in den der paralytische Prozeß sich rasch entwickelte und die Kranken unter schweren motorischen Erscheinungen zugrunde gingen, könnte man den klinischen Verlauf mit den frischen starken Entzündungserscheinungen im Zusammenhang bringen; doch konnten sie die Annahme eines speziellen morphologischen Bildes der foudroyanten Paralyse trotz mancher Bemühungen nicht aufrechterhalten. Die speziell starke Gliawucherung im Sommerschen Sektor, wo auch die Verflüssigung der Ganglienzellen deutlicher war, wie auch Gliastrauchwerke in der Kleinhirnrinde im ersten Fall lassen sich schon mit größerer Bestimmtheit mit Anfällen in Zusammenhang bringen. Im zweiten Fall haben wir neben paraly-

[4]) Der Problemkreis: Liquorzustand und anatomischer Befund, kann auf Grund solcher atypischer Fälle nicht berücksichtigt werden; doch sei es bemerkt, daß man nach *Kryspin-Exner* — dessen Studie ich erst nach der Beendigung der vorliegenden Arbeit im Arch. f. Psychiatr. 105, S. 162 lesen konnte — »bei negativem oder fast negativem Liquorbefund das histologische Bild der stationären Paralyse mit fehlenden oder ganz zurücktretenden Infiltraten findet«.

Digitized by Google

tischen Symptomen andere, die auch mit größerer Wahrscheinlichkeit, mit einigen Erscheinungen zu Lebzeiten des Kranken in Zusammenhang zu bringen sind. Sie bestätigen, wenn man sich die Gedankengänge *Struwes* zueigen macht, die Hirnschwellung, welche zur Zeit der vorletalen motorischen Unruhe entstanden war. Im dritten Fall ist der anatomische Prozeß völlig atypisch. Die deutlichste Ausbreitung des Prozesses findet man in Rhombenzephalon, was zu großen Seltenheiten gehört. Während die p. P. der Stammganglien und im zentralen Höhlengrau besondere Aufmerksamkeit, klinischer Probleme wegen, erweckte, beanspruchte der Krankheitsvorgang in kaudalen Hirnteilen weniger Interesse. Man findet Bemerkungen, daß auch diese Regionen, dem diffusen Charakter der Krankheit gemäß (*Dancz*) befallen werden, doch wenig wird berichtet über die Lokalisation der Krankheit in diesen speziell Gegenden. Außer der angeborenen p. P., die im Kleinhirn ihren Lieblingssitz hat, findet man selten (»ausnahmsweise« sagt *Jahnel*) Paralysen, die stärker im Kleinhirn als im Großhirn ausgeprägt sind. In *Jakobs* Fällen waren es stationäre p. P., deren Hirnrinde ein ähnliches Bild als unsere Kranke darbieten. In einem Fall von *Bielschowsky-Hirschfeld* waren die psychotischen Symptome atypisch, der körperliche Befund ließ aber an eine Erkrankung oder wenigstens eine Inanspruchnahme des Kleinhirns denken.

Unser Fall ist jedoch nicht so rein wie der Fall von *Bielschowsky-Hirschfeld*. Die Purkynjezellen sind in unserem Falle im größerem Maße erhalten, die Sklerotisierung der Molekularschicht ist nicht so vorgeschritten, der Prozeß befällt die leitenden Elemente nur an kleinen Arealen. Nur an wenigen Stellen bemerkt man eine totale Verkleinerung einiger Lamellen. In unserem Falle wurden auch keine speziellen Ausfälle in auf- und absteigenden Bahnen, die mit dem Kleinhirn im Zusammenhang stehen, gefunden. Markausfälle, die in der Hirnoberfläche häufiger gefunden wurden und den Eindruck eines Systemausfalls erwecken können, lassen sich leicht in dieser Weise erklären, wie es *Bielschowsky* in Anlehnung an *Alzheimers* Lehren getan hat: durch den Einfluß der Piaerkrankung, die die Zerfallserscheinungen an den ihr zugewendeten nahen Gehirnpartien ausübt. Im *Bielschowsky-Hirschfelds* Fall war außerdem die Temporal- und Inselrinde derart verändert, daß sie den Eindruck einer Herdparalyse erwecken konnte. Unser Fall mit spezieller Betonung des paralytischen Prozesses im ganzen Nachhirn steht also in dem bekannten Schrifttum ziemlich isoliert.

Zusammenfassung. Es werden drei Fälle von p. P. mitgeteilt, bei denen der klinische Vorlauf sowie die serologischen Befunde an diese Krankheit, die erst durch das Mikroskop entlarvt wurde, nicht denken ließen: Der erste von ihnen — im marantischen Zu-

Digitized by Google

stand aufgenommen — hat atypische psychische Symptome dargeboten und zeichnete sich durch viele epileptische Status aus; der zweite stellt eine sich sehr rasch nach der Infektion (18 Monate) entwickelnde Paralyse dar, die sehr schnell unter dem Bild exogener symptomatischer Symptome verlief; der dritte repräsentiert eine protrahierte p. P., die als eine Schizophrenie verlaufend, anatomisch sich vorzugsweise in den Nachhirn entwickelt hatte. Unter Stellungnahme zur veröffentlichten Literatur werden diese Fälle in klinischer, serologischer und morphologischer Hinsicht besprochen, ohne Möglichkeit zu einer einheitlichen anatomo-klinischen Epikrise gelangen zu können.

Bibliographie.

Bielschowski-Hirschfeld: Journ. Neur. Psych. 45. *Biemond*: Acta Psych. 8. *Bornstein*: Roczn. Psych. (poln.) 1932. *Bostroem*: Bumke's Hb. VIII., Arch. Psych. 86. *Braunmühl*: Z. Neur. 148, Kli. Wo. 1934/II. *Bunker*: Arch. Neur. Psych. 1926/I. *Capgras-Marchand:* Bull. Soc. méd. ment. 1930. *Dancz*, Z. Neur. 142., *Dupouy-Picard*: L'Encéph. 1931, *Fritsche*: Arch. Psych. 86, *Glaus:* Z. Neur. 132, *Jahnel:* Bumke's Hb. XI. Jadasson's Hb. XVII. *Jakob:* Normale u. pathol. Anatomie 1927/8. *Kafka:* Jadasson's Hb. XVII. *Kufs:* Arch. Psych. 96, *Leroy-Medakovitch-Masquin:* Ann. méd.-psych. 1931/I., Rev. Neur. 37/II. *Libert:* Deut. Z. Nervhlk. 108. *Loo-Dannadieu:* Ann. méd.-psych. 1931/II. *Marchand-Capgras-Courtois:* Ann. méd.-psych. 1930/I. *Marchand-Courtois:* Soc. méd. Hôp. Paris 1931. *Martinengo:* Schizophren. 4. *Mossa:* Giorn. Acad. Med. Torino 97/I. *Nonne:* Syphilis u. Nervensystem. *Nyirō:* Psych. Neur. Woch. 1929. *Orzechowski:* Neur. Poska 1929. *Ostertag:* Mschr. Neur. Psych. 68. *Plaut:* Jadasson's Hb. XVII. *Saethre:* Acta Psych. 8. *Spielmeyer:* Z. Neur. 95. *Steiner:* Jadasson's Hb. XVII. *Struwe:* Z. Neur. 133. *Tyczka:* Neur. Polska 1935. *Urechia:* Arch. Intern. Neur. 53/I. *Winnik:* Arch. Psych. 91.

Digitized by Google

(Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Jena.
Direktor: Professor Dr. *Hans Berger.*)

Über die Zurechnungsfähigkeit eines fünfzehnjährigen Mörders.

Von

Dr. med. habil. **Rudolf Lemke.**

Vor kurzem hatte ich ein Gerichtsgutachten über einen fünfzehnjährigen Mörder zu erstatten. Die besondere Charakterstruktur dieses jugendlichen Menschen, seine ungewöhnlichen psychologischen Reaktionen und schließlich die besonderen Umweltverhältnisse, die zur Tat führten, geben einen interessanten Beitrag zur Psychopathologie des Pubertätsalters und scheinen mir der Mitteilung wert.

Aus den Gerichtsakten war folgendes ersichtlich: Am 2. 7. 1936 wurde die 63jährige Witwe Rosa Sch. tot in ihrer Wohnung aufgefunden. Sie lag mit dem Rücken auf dem Boden, um ihren Hals war eine Wäscheleine geschlungen. An der linken Halsseite war eine Strangfurche sichtbar. Der hinzugezogene Gerichtsarzt kam nach der durchgeführten Leichenöffnung zu dem Urteil, daß der Tod durch Erhängen eingetreten sei, nach der Lage der Totenflecke mußte die Leiche in halbliegender Stellung am Fenster gehangen haben, denn auf dem Fußboden unter dem Fenster waren Spuren von Exkrementen vorhanden, und in dem Haar der Verstorbenen waren Blüten von Blumen, die am Fenster standen. Das gerichtsärztliche Gutachten konnte aber nicht entscheiden, ob der Tod durch eigene oder durch fremde Hand verursacht war.

Mehrere Umstände deuteten auf einen Selbstmord. Die verstorbene Frau Sch. war zweimal in unserer Klinik. Beide Male war sie in der Stimmung leicht gedrückt, weinte häufig und gab zu, an Selbstmord gedacht zu haben. Sie litt nach ihren Aussagen unter Vorstellungen, daß sie zu Grunde gehen müsse. Unsere Diagnose lautete: hysterische Depression. Frau Sch. hatte auch in den letzten Wochen vor ihrem Tode mehreren Zeugen gegenüber Selbstmordgedanken geäußert. Sie erschien bedrückt und machte sich viel Sorgen um ihren 15jährigen Enkel Harry, der seit seiner Geburt bei ihr lebte, und der ihr gerade in der letzten Zeit viel Kummer bereitet hatte. Von dem Verteidiger wurde weiter für den

Digitized by Google

Selbstmord angeführt, daß Frau Sch. frische Wäsche angehabt hatte, sich also für den Tod vorbereitet habe, und daß auf dem Stuhl am Fenster ihr Konfirmandenschein gefunden wurde. Der Verteidiger nahm an, daß Frau Sch. sich in ihrer Todesstunde noch einmal diesen Schein als Trost und Erbauung hervorgeholt habe.

Andererseits war auffällig, daß beim Durchsuchen der Wohnung kein Geld gefunden wurde, obwohl Frau Sch. erst 2 Tage vorher eine Rente erhalten hatte. Der Enkel der Toten, Harry Sch., war verschwunden. Er war am 1. 7., am Tage vor der Auffindung des Leichnams zuletzt von dem Untermieter der Frau Sch. gesehen worden. Er fand den Jungen nachts auf dem Treppenflur schlafend, als er geweckt wurde, behauptete er, die Großmutter sei ausgegangen und habe die Wohnung verschlossen. Bei der späteren Vernehmung betonte der Untermieter, daß Harry an dem Abend in keiner Weise auffällig war. Er habe keinen verstörten oder verängstigten Eindruck gemacht.

Am 3. 7. wurde Harry in Hannover von der Polizei aufgegriffen, weil sein H. J.-Ausweis nicht in Ordnung war. Er gab zunächst an, daß er aus der Lehre gelaufen sei. Die Polizei bekam inzwischen Nachricht aus Jena, daß die Großmutter des Jungen tot aufgefunden wurde. Harry wurde daraufhin wieder vernommen und sagte nun aus, daß er am Morgen, als der Untermieter weggegangen sei, in die Wohnung der Großmutter gestiegen sei. Er habe dazu ein Türfenster herausgenommen und sei so in die Wohnung gelangt. Im Schlafzimmer fand er seine Großmutter am Fenster aufgehängt. In seiner Bestürzung habe er die Leiche abgenommen, dann habe er seine Sachen gepackt, die Geldbörse der Großmutter eingesteckt und sei über Erfurt, Hildesheim nach Hannover gefahren. Er sei geflohen, weil er fürchtete, die Großmutter habe sich aus Kummer über ihn das Leben genommen.

Die Polizei in Hannover wurde benachrichtigt, daß Harry des Mordes verdächtig sei. Er wurde daraufhin erneut verhört, und zwar »energisch«. Der Kriminalbeamte sagte zu ihm: »Du bist der Mörder.« Daraufhin wurde Harry frech, schlug mit der Faust auf den Tisch und schrie laut, er sei es nicht gewesen. Wegen seines vorlauten Auftretens wurde er verwarnt, man sagte ihm, daß sein Benehmen Prügel verdiente, er wurde aber nicht geschlagen. Einige Zeit darauf, nachdem Harry sich wieder beruhigt hatte, ging er von allein zu dem älteren Beamten, um sich ihm anzuvertrauen. Dieser Beamte nahm Harry in väterlicherweise auf den Schoß, und ihm hat dann Harry von selbst das Geständnis gegeben, seine Großmutter erdrosselt zu haben. Er mußte das Geständnis nochmals wiederholen, nachdem er eindringlich zur Wahrheit ermahnt war. Über seine Angaben wurde folgendes aufgezeichnet: Die Großmutter hatte ihm Vorwürfe gemacht, weil er nicht zu

Digitized by Google

seiner Lehrstelle zurückkehrte. Er selbst wollte zur See fahren, bekam aber von der Großmutter nicht die Erlaubnis. Da sei ihm plötzlich der Gedanke gekommen, die Großmutter zu beseitigen, um mit ihrem Gelde auszurücken und auf das Schiff zu gehen. Als er in die Schlafkammer kam, sah er in einem Korb eine Wäscheleine liegen, da faßte er den Plan, die Großmutter mit dieser Leine zu erwürgen. Bei dem Vorhaben sei er sehr erregt gewesen, er habe sich aber nichts anmerken lassen. Er nahm dann die Wäscheleine und tat so, als wenn er damit spiele. Am Ende der Leine sei eine Schleife gewesen, dadurch habe er eine Schlinge gezogen, und diese legte er der Großmutter von hinten her um den Hals. Sie habe ihm zugerufen: »Laß das!« Er aber zog die Schlinge kräftig zu, worauf die Großmutter nur noch einmal »Ha« (offenbar Harry) ausgestoßen habe, dann sei sie bewußtlos umgefallen. Die Leine wurde nun von ihm über den Fensterriegel gelegt, und so konnte er durch Ziehen die Großmutter am Fenster aufrecht hinhängen. Sie habe so gehangen, daß die Fußspitzen gerade eben den Fußboden berührten. Nach Ausführung dieser Tat bekam er »eine unbeschreibliche Angst«, er hoffte sich im Bade zu beruhigen. Dort traf er mehrere Schulkameraden, zog sich aber von ihnen zurück. Als er wieder nach Hause kam, tat er so, als ob er auf die Rückkehr seiner Großmutter wartete. In der Nacht schlief er bei dem Untermieter, am nächsten Morgen habe er nicht gewußt, wohin er den Schlüssel zur Wohnung gelegt hatte. Um in die Wohnung zu gelangen, entkittete er die Fenster der Stubentür und stieg hinein. (Bei einer späteren Vernehmung gab er an, daß er durch das Fenster gestiegen sei, damit kein Verdacht auf ihn kommen sollte.) Er löste die Leiche, legte sie auf den Fußboden und deckte sie zu. Daraufhin verschaffte er sich das Geld seiner Großmutter, nahm Kleidungsstücke mit und ging zum Bahnhof. Dort löste er eine Karte nach Erfurt, von dort nach Hildesheim und dann nach Hannover. Er wollte sich Hannover ansehen und dann nach Hamburg weiter fahren.

Nach diesem Geständnis war Harry nach Aussage der Kriminalbeamten sichtlich erleichtert. Die Vernehmung in Hannover begann am frühen Morgen und wurde erst abends nach 11 Uhr beendet. Am Schluß dieser Verhandlung entschuldigte sich Harry von allein ob seines vorlauten Betragens.

Harry wurde in der gleichen Nacht nach Jena überführt. Auf der Fahrt erklärte er den Jenaer Polizeibeamten, er habe den Mord nicht begangen, in Hannover habe man ihm durch Androhung von Schlägen ein Geständnis erpreßt. Nach ernstlicher Ermahnung gestand er aber den Mord wieder ein. Bei diesem Geständnis blieb er während der folgenden Zeit. Er wiederholte es einige Tage später vor der Fürsorgerin, die mehr familiär mit ihm sprach, und

Digitized by Google

auch vor dem Vernehmungsrichter. In Einzelheiten widersprach er sich öfter. So wollte er später erst nach dem Mord den Gedanken bekommen haben, mit dem Gelde auszureißen.

Harry Sch. wurde uns zur gerichtlichen Begutachtung überwiesen. Wir sollten feststellen, ob er zur Zeit der Tat nach seiner geistigen und sittlichen Entwicklung fähig war, das Ungesetzliche seiner Tat einzusehen und seinen Willen dieser Einsicht gemäß zu bestimmen (§ 3 JGG.). Die von ihm gegebene Vorgeschichte wurde durch Mitteilung seiner Mutter und seines Onkels ergänzt:

Harry Sch. ist 1921 unehelich geboren. Sein Vater hat sich nie um ihn gekümmert, er hat auch nie Unterhalt bezahlt. Er wird als ein arbeitsscheuer und minderwertiger Mensch geschildert, er ist häufig straffällig geworden und im ganzen neunmal mit Gefängnis vorbestraft. Die Mutter des Harry lebt auswärts. Die Erziehung des Harry lag ganz in den Händen der Großmutter. Diese wird von allen Seiten als eine nervös-hysterische Frau bezeichnet, die mit der Erziehung ihres Enkels nicht fertig wurde. Sie war, wie schon berichtet, zweimal in unserer klinischen Behandlung. Eine Nichte von ihr befindet sich wegen Schizophrenie in einer Landesheilanstalt, eine andere hat sich das Leben genommen.

Die Entwicklung des Harry war normal. Er hat zur rechten Zeit Laufen und Sprechen gelernt, hatte als Kind keine Krämpfe und war außer an Masern und Scharlach nie schwerer erkrankt. Er sei immer etwas schwächlich gewesen, deswegen ist er erst mit 7 Jahren zur Schule gekommen. Das Lernen hat ihm Mühe gemacht. Sein Lehrer hat oft zur Mutter gesagt: »Auf der Grenze des Durchschnittlichen.« Im 3. Schuljahr blieb er sitzen, später wurde er fast immer nur versuchsweise versetzt. Sein Betragen war schlecht, er wird vom Lehrer als vorlaut, frech und unordentlich geschildert. Während der Schulzeit hat er mehrere Diebstähle begangen. Einmal hat er in einem Warenhaus mit anderen Klassenkameraden Sachen gestohlen, ein andermal einem Schulkameraden 5 M. entwendet. Die Schulkameraden haben auf Wunsch der Großmutter nichts von seinem Diebstahl zu erfahren bekommen. Im Gesundheitsbuch der Schule wird Harry als ein nervöser, zappeliger Junge bezeichnet, der an unruhigem Schlaf leidet und viel über Kopfschmerzen klagt. Im April dieses Jahres hat er die Schule verlassen. Das Abgangszeugnis enthielt mehr vieren als dreien.

Nach der Schule kam er zu einem Malermeister in die Lehre. »Lieber wäre ich ja auf das Schiff gegangen, aber ich habe mein möglichstes getan, am Maler hatte ich noch etwas Interesse.« In der ersten Zeit ging es in der Lehre leidlich. Bald merkte aber der Meister, daß Harry liederlich und unehrlich ist. Er hatte einmal eine Mark unterschlagen. Als Harry später wieder einen Auftrag nicht erledigt hatte, bekam er von seinem Meister Ohrfeigen. Harry verließ daraufhin heimlich seine Arbeit und berichtete der Großmutter, daß er zu Unrecht gemaßregelt und entlassen wurde. Die Großmutter ging gleich selbst zum Meister, um den Streit einzurenken. Harry war aber inzwischen auf die Landstraße gelaufen und ließ sich von Kraftwagen nach dem Wohnort seiner Mutter

Digitized by Google

mitnehmen. Seine Mutter log er zunächst an, behauptete, er wäre mit der HJ. auf einem Ausflug. Er hoffte, seine Mutter würde ihm beistehen und ihm seinen Wunsch erfüllen, Seemann zu werden. Die Mutter schickte ihn nach Jena zurück, damit er sofort seine Lehre wieder aufnehme. Der Meister hatte nun inzwischen endgültig abgelehnt, Harry nochmals einzustellen. So trieb sich Harry ohne Beschäftigung mehrere Tage bei seiner Großmutter herum. Er fragte sie mehrmals, ob er aufs Schiff dürfe, bekam aber stets eine ablehnende Antwort. So entstand wohl bei ihm eine gewisse Einstellung gegen die Großmutter und schließlich der Gedanke, seine Großmutter zu beseitigen, da sie seinen Plänen im Wege war. Aus den Zeugenaussagen ging hervor, daß Harry sich zu seiner Großmutter sehr frech benommen hatte, er beschimpfte sie oft mit unflätigen Ausdrücken. Einige Stunden vor der Tat war eine Fürsorgerin in der Wohnung der Großmutter gewesen. Sie fand den Harry eingeschlossen, anscheinend war er bestraft worden. Wahrscheinlich ist aus diesem Affekt heraus der Gedanke zur Tat entstanden.

Mir gegenüber betonte Harry immer, daß er kein Haßgefühl gegen seine Großmutter hatte. Die Tat geschah lediglich, um seine Pläne zu verwirklichen. Er sagte wörtlich: »Ich dachte, daß ich zur See könnte, wenn meine Großmutter nicht mehr lebte.« Nach seinen eigenen Aussagen bildete sich so bei ihm die »feste Absicht«, seine Großmutter umzubringen. Dieser Gedanke beherrschte ihn allmählich ganz und brachte ihn zu einer in voller Überlegung ausgeführten Mordtat. Ein Gefühl des Mitleids sei ihm bei der Tat nicht gekommen. Auch ich dachte an die Möglichkeit des Selbstmordes und habe ihn daher oft gefragt, ob er wirklich seine Großmutter erdrosselt hat. Er gab mir das jedesmal zu.

Die körperliche Untersuchung ergab weder an den inneren Organen noch am Nervensystem einen abnormen Befund. Der Körperbau war grazil, frei von gröberen Degenerationszeichen. Das Genitale war dem Alter entsprechend entwickelt. Bei normalem Blutbild bestand eine ausgesprochene Gesichtsblässe. Der Blutwassermann war negativ, die Untersuchung der Rückenmarksflüssigkeit ergab normale Werte. Sämtliche Reflexe waren seitengleich, in normaler Stärke auszulösen. Es bestanden keine krankhaften Reflexe, keine Ataxie. Die Pupillen waren leicht different zugunsten links, die Reaktion war nicht gestört. Die Hirnnerven zeigten im übrigen nichts Krankhaftes.

Psychisch: Harry war zeitlich, persönlich und örtlich genau orientiert. Er faßte einfache Dinge schnell und richtig auf und gab auch geordnet Auskunft. Spontan sprach er wenig, seine Antworten waren immer nur kurz. Er wirkte verschlossen und verstockt, er ging nie aus sich heraus. Ihm fehlte völlig eine kindliche Zutraulichkeit, ich bekam mit ihm keinen richtigen Kontakt.

Digitized by Google

Den Hergang seiner Tat berichtete er völlig gleichgültig, ohne irgendeine Affektäußerung. Er erzählte die einzelnen Vorgänge ruhig und ohne Zeichen von Reue oder Trauer. Er konnte alle Einzelheiten vor, während und auch nach der Tat angeben. Seine Aussagen über den Hergang des Verbrechens stimmten im wesentlichen mit den in den Akten niedergelegten Angaben überein.

Ich habe Harry nie weinen oder lachen sehen oder in irgendeiner anderen stärkeren und anhaltenden gemütlichen Erregung. Nur als ich ihm einmal die Schwere seines Verbrechens eindringlich vor Augen führte und ihm klar legte, wie gut seine Großmutter immer zu ihm gewesen ist, begann er kurz zu weinen. Der Affekt war aber gleich wieder verschwunden, und er hatte dann wie immer eine kühle, freudlose und indifferente Grundstimmung. Er war bei allen Unterhaltungen stumpf und gleichgültig. Von seinen Lieblingsthemen, von der Seefahrt, berichtete er genau so kühl und sachlich wie über seine Streitigkeiten mit dem Meister oder über seine Zukunftspläne. Seine Mutter ist ihm die liebste Person, aber auch bei dieser Äußerung vermißt man einen herzlichen Unterton.

Während seines Aufenthaltes in der Klinik fügte er sich gut ein. Er war höflich und gab keinen Anlaß zu Klagen. Den Patienten gegenüber war er zurückhaltend, er zeigte kein Interesse für seine Umgebung. Unaufgefordert beschäftigte er sich nicht. Wenn er zur Arbeit angehalten wurde, versuchte er sich zu drücken, behauptete, Kopfschmerzen zu haben, was offensichtlich vorgetäuscht war, denn er las bald darauf sehr interessiert in der Zeitung. Er saß beschäftigungslos herum und versuchte immer etwas zu lesen zu bekommen. Das Lesen war auch zu Hause seine Hauptbeschäftigung. Nach den Angaben der Jugendpflegerin las er viel Abenteurer- und Schundromane und ging auch oft ins Kino. Trotzdem ist er kein phantastisches Kind. Seine Phantasie ist, soweit sich das aus einer klinischen Beobachtung sagen läßt, nur schwach entwickelt. Diese Beurteilung wurde von seinem Lehrer und der Fürsorgerin bestätigt. Das verschlossene und zurückgezogene Wesen soll Harry nach ihren Angaben auch zu Hause gezeigt haben. Er hatte wenig Freunde und beteiligte sich selten an den Spielen der Schulkameraden. Er zeigte sich dabei nie zänkisch. Irgendwelche Zeichen von Grausamkeit wurden bisher nicht beobachtet. Über seine sexuelle Entwicklung konnten wir nichts Besonderes in Erfahrung bringen. Er selbst bestritt zu onanieren.

Wie schon nach den schlechtetn Schulzeugnissen zu erwarten war, hatte die intellektuelle Prüfung des Harry ein schlechtes Ergebnis. Das Jahr soll 10 Monate haben. Das ABC konnte er nicht richtig aufsagen. Zinsrechnungen konnte er nicht lösen. Bei schwierigeren und eingekleideten Rechenaufgaben versagte er gänzlich. Auch die Unterschiedsfragen wurden schlecht beantwortet. Bei all diesen Prüfungen gab er sich keinerlei Mühe, an den Untersuchungen nahm er keinen Anteil. Gedächtnis und Merkfähigkeit zeigten keinerlei Störung. Sinnestäuschungen, Verfolgungsvorstellungen wurden von ihm glaubhaft verneint. Auch die klinische Beobachtung ergab keinen Anhalt für das Bestehen von Halluzinationen.

Digitized by Google

Die ethischen Vorstellungen waren seinem Alter und Bildungsgang entsprechend entwickelt. Er wußte, wozu die Gesetze da sind und warum man sie nicht übertreten darf. Er zeigte sich orientiert über Recht und Unrecht, über Gebot und Verbot. Er war sich im klaren, daß er ein Verbrechen begangen hatte, nur hatte er damit gerechnet, daß es nicht herauskam.

Seine Gleichgültigkeit gegenüber dem Geschehen, seine hochgradige Gemütsarmut ließen an zwei Krankheiten denken: an Dementia praecox und an Postencephalitis. Eine erbliche Belastung mit Schizophrenie ist bei Harry nachweisbar. Im weiteren Verwandtenkreis der Mutter sind Schizophrenie und andere geistige Störungen vorgekommen. Die übrigen Erscheinungen, die besonders bei der Schizophrenie der Jugendlichen beschrieben werden, waren bei Harry nicht aufgetreten. Angstzustände, Zwangsideen oder Zwangshandlungen, motorische Erregungen wurden bei ihm nicht beobachtet. Wir hatten auch keinen Anhalt für das Bestehen von Sinnestäuschungen oder Beziehungsvorstellungen. Nichts wies darauf hin, daß bei Harry sich eine zunehmende Charakterveränderung entwickelt. Anderseits wissen wir, daß nur ein ganz geringer Teil jugendlicher Krimineller an einer Schizophrenie leidet. In diesem Fall war die Tat motiviert und auch in der Folgezeit hat Harry verständnisvoll gehandelt. So spricht allein der Vorgang der Tat gegen die Diagnose Schizophrenie.

Aber auch die Diagnose Postencephalitis läßt sich bei Harry nicht begründen. Denn soweit uns bekannt ist, hat Harry früher nie die Zeichen einer akuten Kopfgrippe gehabt. Restzustände, Veränderungen am Zentralnervensystem, die auf eine vielleicht früher überstandene, aber nicht bemerkte Infektionskrankheit des Gehirns hinweisen, waren nicht vorhanden. Das Encephalogramm des Harry ergab ein völlig normales Bild der Gehirnkammern.

Die Gemütslosigkeit des Harry ist somit kein Symptom einer Geisteskrankheit, sondern ist aufzufassen als eine seelische Mißbildung schwerwiegender Art. Harry ist ein gemütsloser Psychopath. Die Gemütsseite seines Charakters ist kaum entwickelt, er ist des Fühlens und Mitfühlens nicht fähig. All die Merkmale einer gesunden Regsamkeit des Gemütes, Dankbarkeit, Teilnahme und Zuneigung zu den Verwandten waren bei Harry verkümmert. Das Leben dieser gemütlosen Menschen mit ihrer kalten und freudlosen Stimmungslage kann sich nur jenseits der menschlichen Gesellschaft abspielen, sie werden nach *Kraepelin* der Gruppe der Gesellschaftsfeinde zugerechnet.

Das Gewissen und das moralische Gefühl, die den normalen Menschen in seinen Handlungen leiten, haben sich bei Harry nicht genügend entwickelt. Harry hat zwar entsprechend seiner kaum durchschnittlichen intellektuellen Begabung auch ein moralisches

Digitized by Google

Wissen, aber er hat kein moralisches Fühlen, er ist verlogen und verstockt. Hinzu kommt, daß Harry dem Leben nicht passiv gegenüber steht, sondern aus einem starken Egoismus heraus immer eine gewisse Aktivität gezeigt hat. So geht er trotz des Wissens um Gebot und Verbot rücksichtslos, kalt und berechnend seinen Trieben nach, nur gehemmt durch die Furcht vor Entdeckung und Strafe. Harry ist seiner Anlage nach der geborene Verbrecher.

Zwei Umstände waren es, die die hochgradige Charakterabnormität des Harry verursachten. Einmal die erbliche Belastung. Vom Vater her bekam Harry die kriminelle Veranlagung, und in der mütterlichen Linie sind mehrfach Geistesstörungen vorgekommen. Die Entfaltung dieser unglücklichen Erbanlagen aber wurde begünstigt durch die besonderen Verhältnisse der unehelichen Geburt. Harry wuchs ohne väterliche Zucht bei der Großmutter auf und bekam so nicht das gehörige Maß der Erziehung. Die erbliche Belastung zusammen mit den ungünstigen Umweltverhältnissen führten bei Harry zu einer schweren Form der kriminellen Psychopathie. Bei seiner abwegigen Anlage hätte er einer besonderen Leitung und Führung bedurft, so aber wuchs er bei der Großmutter auf, die gar kein erzieherisches Verständnis hatte, die ihn weder beaufsichtigen noch anleiten konnte. Dieser gefährdete und verwahrloste Junge mit ungenügender Kritikfähigkeit bekam die Förderung seiner verbrecherischen Neigung durch Kino und Schundliteratur. Diese Einflüsse erleichterten seine kriminelle Entwicklung. Mit kleinen Diebstählen begann er seine asozialen Handlungen schon in der Schule. Auch diese Vergehen waren geplant und ausgeklügelt durchgeführt und wir wissen, daß solche Diebstähle von Schuljungen oft den Anfang eines Verbrecherlebens bilden.

Der strengen Lehrzeit fügte er sich nicht. Um ihr zu entrinnen, wollte er einen alten Plan, zur See zu fahren, mit Hilfe der großmütterlichen Rente verwirklichen. Die Großmutter hatte ihm Vorwürfe gemacht, ihn gestraft, und aus dieser gereizten Stimmung geschah die Tat. Das Verbrechen wurde bei klarer Besinnung und mit voller Überlegung ausgeführt. Eine Handlung im Affekt lag nicht vor. Er hatte genau wie zur Zeit der klinischen Beobachtung auch während der Tat die volle Einsicht für die Schwere seines Verbrechens. Sein beherrschtes und zweckbestimmtes Verhalten läßt auch erkennen, daß er fähig ist, seinen Willen seiner Einsicht gemäß zu bestimmen. Die Tat ist aus seiner besonderen durch unglückliche Erbanlagen entstandenen Charakterstruktur zu erklären, aber keineswegs zu entschuldigen. Ich hielt ihn auch unter Berücksichtigung des § 3 JGG. für voll zurechnungsfähig.

Am Tage vor der Hauptverhandlung wurde Harry von seinem Verteidiger aufgesucht, und da widerrief plötzlich Harry sein Ge-

Digitized by Google

ständnis. Gleich als der Verteidiger die Zelle betrat, teilte Harry von sich aus ohne Aufforderung mit, daß er seine Großmutter nicht umgebracht hätte. Bei dieser Behauptung blieb er auch während der Hauptverhandlung. Er gab dabei an, daß er durch das lange Verhör in Hannover Kopfschmerzen bekommen hatte, und »da sagte ich mir, wenn du das alles sagst, dann hast du Ruhe, da hab ich das dann so gesagt«. Er behauptete weiter, in Hannover sei er zur wahrheitswidrigen Aussage durch Bedrohung mit Schlägen gezwungen worden. Die beiden Kriminalbeamten, die Harry das erstemal vernommen hatten, sagten aber unter Eid aus, daß das Geständnis nicht erpreßt wurde. Der Verteidiger führte bei der Hauptverhandlung aus, daß Harry bei dem langen Verhör in Hannover dem Drängen der Beamten in seiner großen Ermüdung nachkam und, um endlich Ruhe zu haben, den Mord zugab. Dann hatte er sich festgelogen und blieb bei seiner Lüge, wie es bei Kindern üblich wäre.

Das Gericht glaubte dem Widerruf des Harry nicht, insbesondere weil er später mehrfach bei ganz ruhigen Unterhaltungen seine Tat eingestanden hat, und weil er auch mir in der Klinik bei der schriftlichen Schilderung seines Lebenslaufes ausführlich die Tat beschrieben hat. Zur Begründung seiner Schuld wurde weiter angeführt, daß sein Geständnis mit dem tatsächlichen Befund voll übereinstimmte. Harry ist nicht intelligent und phantasiebegabt genug, um eine solche Schilderung zu erfinden, die den wirklichen Verhältnissen voll entspricht. Ein 15jähriger Junge, der unerwartet seine Großmutter erhängt auffinden würde, zeigte wohl selbst bei einer so hochgradigen Gemütsarmut nicht diese Kaltblütigkeit, daß er die Wohnung nach Geld durchsuchen würde, um damit zu entfliehen. Harry wurde daher des Mordes für schuldig gesprochen. Strafmildernd wirkte, daß er kaum das strafmündige Alter erreicht hatte. Das Jugendgericht erkannte auf eine Gefängnisstrafe von 6 Jahren.

Gegen dieses Urteil wurde vom Verteidiger Berufung eingelegt. Bei der zweiten Verhandlung wurde nichts wesentlich Neues ausgeführt. Auch dieser Verhandlung genau wie der ersten folgte Harry ohne sichtbare Anteilnahme. Er war keineswegs aufgeregt, sondern vollkommen klar und ruhig und ging allen verfänglichen Fragen geschickt aus dem Wege. Bei der zweiten Verhandlung wurde die Strafe auf 8 Jahre Gefängnis erhöht.

Falsche Selbstbeschuldigungen kommen gewiß öfter vor. *Lackerbauer*[1]) berichtet über einen 28jährigen Alkoholiker, der unter Mordverdacht stand und ein falsches Geständnis ablegte, es später vor dem Gericht öfter wiederholte und auch den Vorgang

[1]) Allgem. Ztschr. f. Psych. 1935, Band 103, Seite 152.

Digitized by Google

der Mordhandlung dem Gericht zeigte. Später stellte sich dann heraus, daß sein Geständnis sicher falsch und daß er nicht der Täter war. Bei Kindern und Jugendlichen sind falsche Selbstanschuldigungen noch häufiger, sie erklären sich aus einem gewissen Geltungsbedürfnis und aus einer hysterischen Einstellung. Wir wissen auch, daß Jugendliche an ihren falschen Angaben trotz Ermahnungen oft festhalten, denn sie fürchten durch die Zurücknahme Schande und Bloßstellung.

In diesem Falle nehme ich aber doch an, daß das Mordgeständnis des Harry richtig war, und daß er später nur aus Angst vor der Strafe widerrufen hat. Während der Untersuchung hat Harry gar keine hysterischen Erscheinungen geboten, und es widerspricht ganz seiner kühlen, überlegenden sachlichen Natur, zu Unrecht eine so schwere Anschuldigung auf sich zu nehmen, die ihm gar keine Vorteile geben konnte. Sein Verstand ist genügend entwickelt, um das Unsinnige eines solchen Verhaltens zu begreifen. Bei seinem ersten Geständnis in Hannover war Harry auch nicht so ermüdet (wie der Verteidiger annahm), als daß er nur der Ruhe wegen falsche Aussagen machte. Er war am Schluß dieser Verhandlung noch völlig Herr seiner Gedanken, denn er entschuldigte sich wegen seines frechen Betragens. In seiner Phantasie war er nie produktiv; die Schilderungen, die er anfangs von der Mordtat gab, waren nüchtern und klar gehalten und hatten nichts von einer großsprecherischen Erzählung eines prahlsüchtigen Jungen. Auch die fehlenden Widersprüche in den einzelnen Aussagen sprechen für die Richtigkeit der Angaben.

Anders wäre allerdings sein Widerruf zu beurteilen, wenn er ihn früher gegeben hätte, wenn er schon während der klinischen Beobachtung sein Geständnis zurückgenommen hätte. In diesem Falle hätten die Umstände wohl kaum ausgereicht, um ihn des Mordes wegen zu verurteilen.

Digitized by Google

Die Behandlung der ausgeschlossenen und verminderten Zurechnungsfähigkeit in neueren auswärtigen Strafrechtsreformen.

Von

Dr. **Steinwallner**, Bonn.

Mit eine der schwierigsten Fragen moderner Strafrechtsreform ist das Problem der ausgeschlossenen und verminderten Zurechnungsfähigkeit. Schwierig auf der einen Seite, sofern es sich darum handelt, eine exakte und praktisch einigermaßen brauchbare Fassung des vieldeutigen Begriffs zu kodifizieren; schwierig sodann aber vor allem andererseits, soweit die kriminalpolitischen Belange einer zweckentsprechenden Behandlung der hierher gehörigen Personengruppe sowie eines — wenigstens relativ — gerechten Ausgleichs der sich mannigfach widerstreitenden Gesichtspunkte von Einzelpersönlichkeitssphäre und Gemeinschaftsschutzinteresse in Frage stehen. Eine kurze Übersicht über die Regelung dieser Fragen in den wichtigsten ausländischen Strafrechtskodifikationen seit 1930, und zwar denen Polens, Lettlands, Italiens, Mexikos, der Philippinen, Brasiliens, Frankreichs, San Marinos, Uruguays, Rumäniens, Guatemalas und Kubas, dürfte daher interessieren.

Im neuen polnischen Strafgesetzbuch vom 11. Juli 1932 gilt als unzurechnungsfähig (und wird straflos gelassen) derjenige, der zur Zeit der Tatbegehung wegen Geistesschwäche, Geisteskrankheit oder einer anderen Störung der Geistestätigkeit die Bedeutung der Handlung nicht erkennen konnte oder nicht Herr seines Tuns war. Hat sich der Täter vorsätzlich in einen Zustand der Geistesstörung versetzt, um eine strafbare Handlung zu begehen, so darf Straflosigkeit oder Strafmilderung nicht eintreten. War zur Tatzeit die Fähigkeit, die Bedeutung der Handlung zu erkennen oder Herr seines Tuns zu sein, in erheblichem Maße herabgemindert, so kann das Gericht eine außergewöhnliche Strafmilderung eintreten lassen. Jede Milderung ist aber ausgeschlossen, wenn die Herabminderung der Fähigkeit die Wirkung eines schuldhaft verursachten Rausches ist. Wenn ein geistesschwacher, geisteskranker oder geistesgestörter Rechts-

Digitized by Google

brecher für straffrei erklärt wird, sein Verbleiben in der Freiheit aber eine drohende Gefahr für die Rechtsordnung bildet, so hat das Gericht seine Unterbringung in einer geschlossenen Anstalt für Geisteskranke oder in einer anderen Heilanstalt anzuordnen. Besitzt der Täter nach Ansicht des Gerichts die Zurechnungsfähigkeit nur in vermindertem Maße oder bildet sein Verbleiben in der Freiheit eine drohende Gefahr für die Rechtsordnung, so kann das Gericht seine Verwahrung in einer Irren- oder Heilanstalt anordnen. Die Dauer des Aufenthalts in einer Irren- oder Heilanstalt wird nicht im voraus bestimmt; eine Entlassung aus einer solchen Anstalt darf frühestens erst nach Ablauf eines Jahres erfolgen. Hängt die Straftat mit übermäßigem Gebrauch von geistigen Getränken oder anderen Rauschmitteln zusammen, so kann das Gericht anordnen, daß der Täter nach eventueller Verbüßung der erkannten Strafe in einer entsprechenden Heilanstalt auf die Dauer von 2 Jahren untergebracht wird. —

Das neue lettische Strafgesetzbuch vom 24. April 1933 betrachtet den Täter dann als unzurechnungsfähig, wenn er bei Begehung einer Straftat infolge krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder infolge Bewußtlosigkeit oder infolge einer von einem körperlichen Gebrechen oder von einer Krankheit herrührenden mangelhaften geistigen Entwicklung die Natur und Bedeutung seines Tuns nicht verstehen oder nicht Herr seiner Handlungen sein konnte. Wenn dem Gericht die Belassung einer solchen Person ohne besondere Aufsicht gefährlich erscheint, dann kann es sie zur Beaufsichtigung den Eltern oder anderen zur Pflege bereiten Personen überweisen oder sie in einer Heilanstalt unterbringen. Diese Internierung in einer Anstalt ist obligatorisch, wenn es sich um Mord, schwere Körperverletzung, Vergewaltigung oder Brandstiftung handelt und der Täter als gemeingefährlich anzusehen ist.

Von anderen Gesichtspunkten aus faßt Italien das Problem der ausgeschlossenen und verminderten Zurechnungsfähigkeit auf. Das faschistische Italien ist genau wie Deutschland von der totalstaatlichen Idee beherrscht und vertritt demgemäß gegenüber der Tatsache des Verbrechens eine sehr scharfe Auffassung. Es versucht in seinem neuen Strafgesetzbuch vom 19. Oktober 1930, auch die Kriminellen, die unter die Kategorie der Unzurechnungsfähigen oder vermindert Zurechnungsfähigen fallen, mit allen nur denkbaren Mitteln zu bekämpfen und sie gegebenenfalls unschädlich zu machen. Aber auch in rein technischer Hinsicht ist die vom italienischen Gesetzgeber vorgenommene Regelung der zur Diskussion stehenden Frage sehr bemerkenswert. Zunächst definiert das italienische Gesetz im Gegensatz zu allen übrigen Kodifikationen die Zurechnungsfähigkeit positiv rein psychologisch als Einsichts- und Willensfähigkeit. Man sollte meinen, daß nun auch der

Digitized by Google

Begriff der Unzurechnungsfähigkeit nach der psychologischen Methode bestimmt wird. Dies ist jedoch nicht der Fall. Die Unzurechnungsfähigkeit wird nach der gemischten Methode festgelegt, und zwar wird als unzurechnungsfähig betrachtet, wer sich im Zeitpunkt der Tatbegehung infolge Erkrankung in einem solchen Geisteszustande befand, daß die Einsichts- oder Willensfähigkeit ausgeschlossen war (hier keine Schuld, also Straflosigkeit, wohl aber die Möglichkeit der Verhängung von Sicherungsmaßregeln). Als vermindert zurechnungsfähig wird betrachtet, wer sich infolge Erkrankung zur Tatzeit in einem derartigen Geisteszustande befand, daß die Einsichts- oder Willensfähigkeit erheblich herabgesetzt, jedoch nicht ausgeschlossen war; hier wird obligatorische Strafmilderung vorgesehen. Auf der Grundlage der Sozialgefährlichkeit, d. h. bei Befürchtung der Begehung neuer Straftaten, können auch hier Sicherungsmaßnahmen verhängt werden. Als Sicherungsmaßnahmen für Unzurechnungsfähige oder vermindert Zurechnungsfähige kommen Unterbringung in einer Heil- und Bewahranstalt oder Internierung in einem gerichtlichen Irrenhaus in Betracht. Keine Exkulpierung, weder Ausschluß noch Verminderung der Zurechnungsfähigkeit, bewirken Erregungs- oder Leidenschaftszustände. Sehr interessant ist die Behandlung der Rauschgiftzustände. Zunächst wird allgemein die grundsätzliche Schuldhaftung für jede actio libera in causa festgesetzt: Der Täter, der sich zum Zwecke der Deliktsbegehung in den Zustand der Einsichts- oder Willensunfähigkeit versetzt hat, gilt als zurechnungsfähig. Sodann wird bestimmt, daß bei Berauschtheit, falls in diesem Zustand ein Delikt verübt wird, weder Ausschluß noch Verminderung der Zurechnungsfähigkeit vorliegt (der Täter wird grundsätzlich als vorsätzlich handelnd betrachtet), ja es wird obligatorisch vorgesehen, daß bei Herbeiführung von Berauschtheit zum Zwecke der Deliktsbegehung oder zur Vorbereitung einer Rechtfertigung Straferhöhung stattzufinden hat. Nur bei ausgeschlossener oder verminderter Zurechnungsfähigkeit, die zur Ursache eine durch Zufall oder höhere Gewalt herbeigeführte Trunkenheit hat, kann Straflosigkeit oder Strafmilderung eintreten. Straferhöhung greift weiter auch bei gewohnheitsmäßiger Trunkenheit Platz, falls in einem Rauschzustand ein Verbrechen begangen wird. Selbstverständlich können auch bei Rauschgiftsüchtigen Sicherungsmaßnahmen (vor allem Verwahrung in einer Heilanstalt) angeordnet werden. Nachzutragen sei hier, daß nach dem italienischen Strafgesetz alle Sicherungsmaßnahmen auf unbestimmte Zeit zu verhängen sind. Kurz erwähnt sei schließlich, daß das italienische Gesetz über die öffentliche Sicherheit vom 18. Juni 1931 mit strengen Maßnahmen (gegebenenfalls Verwahrung) gegenüber nichtkriminellen, aber sozialgefährlichen Geisteskranken vorgeht. —

Digitized by Google

Nach dem neuen mexikanischen Kriminalgesetzbuch vom 14. August 1931 gelten als Umstände, die die Verantwortlichkeit ausschließen: »Bewußtlosigkeit zur Tatzeit, die auf gelegentlichen und unfreiwilligen Gebrauch von vergiftenden, berauschenden oder schwächenden Stoffen zurückzuführen ist, ein toxiinfektiöser Zustand oder eine unfreiwillige Geistesverwirrung pathologischer oder vorübergehender Art.« In den Vorschriften über den Vollzug der Sanktionen (hierunter werden Strafen und Sicherungsmaßnahmen zusammengefaßt) findet sich dann noch die Vorschrift, daß »Irre, Idioten, Geistesgestörte oder Personen, die an einer anderen geistigen Schwäche, Krankheit oder Anomalie leiden«, falls sie ein Delikt begangen haben, in Irrenhäusern oder Sonderanstalten mit der Verpflichtung zu Arbeitsleistungen für eine Zeitdauer, die zu ihrer Heilung erforderlich ist, verwahrt werden können.

Ein Musterbeispiel für die einseitig biologische Auffassung der Unzurechnungsfähigkeit ist der »revised penal code« der Philippinen vom 8. Dezember 1930. Als nichtverantwortlich gilt hier die geistesschwache oder geisteskranke Person, es sei denn, daß sie das Delikt während eines lucidum intervallum verübt. Kriminalpolitisch wird die strafvollzugliche Behandlung dieser »unzurechnungsfähigen« Rechtsbrecher in der Art geregelt, daß sie, sofern sie ein »felony«, also ein schweres Delikt begangen haben, in einem Krankenhaus oder in einer Anstalt auf bestimmte oder unbestimmte Zeit verwahrt werden können. Die Trunkenheit findet keinerlei Berücksichtigung; ebensowenig ist auch die actio libera in causa behandelt.

Sehr interessant ist die Regelung der ausgeschlossenen und verminderten Zurechnungsfähigkeit in dem brasilianischen Kriminalgesetzentwurf von 1933. Unzurechnungsfähig ist nach ihm, wer infolge von Geisteskrankheit, infolge von unvollkommener oder zurückgebliebener geistiger Entwicklung oder infolge Bewußtseinsverlustes oder schwerer Bewußtseinsstörung nicht die Fähigkeit hat, normalerweise seine Handlungen zu bestimmen. Ist diese Fähigkeit aus einem der genannten Gründe empfindlich geschwächt, so liegt verminderte Zurechnungsfähigkeit vor, die Strafmilderung zur Folge hat. Scharf werden die Rauschgiftzustände erfaßt; hier schlägt Brasilien denselben Weg wie Italien ein. Berauschtheit ist kein Exkulpationsgrund, wenn der Zustand ausgeschlossener oder vermindeter Zurechnungsfähigkeit willkürlich und freiwillig durch den Genuß von Rauschgiften verursacht wurde. Ja, es hat hier genau wie in Italien Strafschärfung einzutreten, wenn das Sichberauschen vorsätzlich zum Zwecke der Verbrechensbegehung geschah. Ist die Berauschtheit dagegen auf Zufall oder vis major zurückzuführen, dann kann ja nach den Umständen ausgeschlossene oder verminderte Zurechnungsfähigkeit in Frage kommen. Chroni-

Digitized by Google

sche Intoxikationszustände werden dagegen im Gegensatz zum italienischen Recht als Entschuldigungsgrund betrachtet. Immer ist jedoch die Möglichkeit der Anordnung von Sicherungsmaßnahmen gegeben; als solche kommen vor allem Irrenhaus, Besserungsanstalt und Verwahrhaus in Betracht; Voraussetzung ihrer Verhängung ist stets das Vorliegen sozialer Gefährlichkeit, d. h. der Wahrscheinlichkeit erneuter Straffälligkeit. Die Internierung der Unzurechnungsfähigen soll auf unbestimmte Zeit erfolgen, während die Verwahrung der vermindert zurechnungsfähigen Gefährlichen nur für eine Frist von höchstens 2 Jahren vorgesehen wird. Bemerkenswert ist noch folgende Bestimmung: Bei einem Leidenschaftsdelikt kann, falls die Umstände entschuldbar sind und falls es sich um einen Ersttäter handelt, gegen Leistung von Friedensbürgschaft Straferlaß gewährt werden.

Der französische Strafgesetzentwurf von 1934 hat gegenüber dem geltenden Recht Frankreichs, das durch die biologische Methode charakterisiert ist, kaum einen Fortschritt zu verzeichnen. Neu ist hier nur die Bestimmung, daß Trunkenheit, Erregungszustände oder Rauschgiftbetäubung die Zurechnung nicht ausschließen, und die Möglichkeit, bei Geisteskranken Sicherungsverwahrung anzuordnen.

Der rein willensstrafrechtlich orientierte und demgemäß den Begriff der Täterpersönlichkeit und der Willensschuld in den Mittelpunkt des Systems stellende Strafgesetzentwurf San Marinos von 1934 (Verfasser: der Genueser Kriminalist Filippo Gramatica) sieht als grundlegende Bestimmung vor, daß schuldhaft handelt, wer eine vom Gesetz als Straftat vorgesehene Handlung oder Unterlassung mit Willen begeht und sich dabei bewußt ist, Unerlaubtes zu tun. Schuldminderung liegt vor, wenn der Täter im Augenblick der Tatbegehung nicht vollständig das Wollen und das Bewußtsein des Unerlaubten besitzt. Wer sich in einen Zustand ausgeschlossener oder verminderter Zurechnungsfähigkeit versetzt, um ein Verbrechen zu begehen oder sich später entschuldigen zu können, bleibt voll für das begangene Delikt verantwortlich und eine Schuldminderung greift nicht Platz. Unzurechnungsfähige oder vermindert Zurechnungsfähige können auf unbestimmte Zeit in einer Pflege- und Verwahranstalt interniert werden; desgleichen können Rauschgiftsüchtige für die Dauer von mindestens 6 Monaten verwahrt werden.

Nach dem neuen Strafgesetzbuch Uruguays vom 4. Dezember 1933 ist unzurechnungsfähig, »wer im Augenblick der Tatbegehung infolge angeborener oder erworbener physischer oder psychischer Krankheit oder infolge Intoxikation sich in einem Zustande moralischer Störung befindet, der ihn ganz oder teilweise unfähig macht, das Unerlaubte der Handlung einzusehen oder seinen Wil-

Digitized by Google

len vernünftig zu bestimmen«. Dies gilt auch für Hypnosezustände. Unzurechnungsfähig ist ferner, wer sich im Zustande völliger Betrunkenheit befindet, vorausgesetzt, daß dieser durch Zufall oder höhere Gewalt verursacht ist; dies gilt auch für andere Rauschgiftzustände. Halbtrunkenheit oder Halbberauschtheit, sofern sie nicht zum Zwecke der Verbrechensbegehung herbeigeführt wurde, gilt als Strafmilderungsgrund. Gewohnheitstrinker sind auf unbestimmte Zeit in einem Asyl zu internieren. Auf unbestimmte Dauer sind in entsprechenden Anstalten auch die sonstigen Alkoholiker und Rauschgiftsüchtigen sowie die unzurechnungsfähigen oder vermindert zurechnungsfähigen Rechtsbrecher zu verwahren. Es handelt sich also hier um eine recht zweckmäßige Regelung des gesamten Fragenkreises.

Nach dem neuen rumänischen Strafgesetzbuch vom 17. März 1936 ist derjenige strafrechtlich nicht verantwortlich, der sich infolge von Geisteskrankheit oder aus anderen Ursachen im Zeitpunkt der Tatbegehung im Zustande der Bewußtlosigkeit befindet. Derjenige, der im Zustande vollkommener Berauschtheit eine Straftat begeht, ist milder zu bestrafen, falls die Berauschtheit auf einen zufälligen, vom Willen des Täters unabhängigen Umstand zurückzuführen ist. Dagegen ist als mit Überlegung handelnd derjenige zu betrachten, der in Berauschtheit ein Delikt verübt, falls diese zum Zwecke der Verbrechensbegehung oder der Entschuldigung herbeigeführt worden ist. An Sicherungsmaßnahmen werden Verwahrung eines Geisteskranken in einem Hospiz und Unterbringung von physisch oder psychisch Anormalen (z. B. Rauschgiftsüchtigen) in einem Asyl vorgesehen; Voraussetzung der Verhängung solcher Maßnahmen ist Vorliegen von Gefährlichkeit des Täters für die persönliche Sicherheit oder die öffentliche Ordnung. Die Sicherungsmaßregeln sind auf unbestimmte Dauer anzuordnen; sie haben so lange zu währen, bis die Gefährlichkeit beseitigt ist.

Das neue Strafgesetzbuch Guatemalas vom 5. Mai 1936 betrachtet als Umstand, der die Verantwortlichkeit ausschließt, die Geisteskrankheit und das Sichbefinden in einem Zustande geistiger Störung, wofern dieser Zustand nicht etwa vorsätzlich herbeigeführt ist. Der sozial gefährliche Geisteskranke ist auf unbestimmte Zeit in einer entsprechenden Anstalt einzuschließen; der Aufenthalt soll so lange sich erstrecken, bis der Betreffende nicht mehr als sozial gefährlich anzusprechen ist. Vorschriften über verminderte Zurechnungsfähigkeit und Trunkenheitszustände sowie über Sicherungsverwahrung Rauschgiftsüchtiger finden sich nicht.

Eine ungewöhnlich interessante und bemerkenswerte Regelung des gesamten Fragenkreises treffen wir im neuen kubanischen Strafgesetzbuch — código de defensa social (Gesetzbuch der

Digitized by Google

sozialen Verteidigung) — vom 17. April 1936 an. Dieses Gesetz stellt, wie schon sein Name besagt, den Gemeinschaftsschutzgedanken in den Vordergrund und demgemäß erfaßt es Verbrechen und Verbrecher sehr scharf. Unzurechnungsfähig sind: der Geisteskranke und derjenige, der sich zur Zeit der Tatbegehung im Zustande geistiger Störung — wenn auch vorübergehender Art — befindet; der Berauschte, falls die Berauschtheit vollkommen, zufällig, nicht gewohnheitsmäßig und nicht vorsätzlich herbeigeführt ist; schließlich der unter dem Einfluß pathologischer Suggestion Handelnde, wie sich das Gesetz ausdrückt. Vorsätzlich herbeigeführte oder gewohnheitsmäßige Trunkenheit gilt als Strafschärfungsgrund. Das neue Gesetz sieht eine Reihe sichernder Maßnahmen vor, und zwar auf der Grundlage »prä-« oder »postdeliktualer« Sozialgefährlichkeit. Sicherungsmaßnahmen dürfen also nicht nur beim Vorliegen einer Straftat verhängt werden, sondern auch unabhängig davon, sofern eine Person nur als »sozialgefährlich« anzusprechen ist. Als »soziale Gefährlichkeit« gilt die »angeborene oder erworbene krankhafte Veranlagung, die infolge Zerstörung oder Schwächung der sittlichen Hemmungen die Neigung zur Verbrechensbegehung begünstigt oder fördert«. Als Indizien, die soziale Gefährlichkeit anzeigen, nennt das Gesetz: Geisteskrankheit, Geistesstörung, Kretinismus, Schwachsinn, Trunk- oder Rauschgiftsucht, Gewohnheitsglückspiel, habituelle Landstreicherei, gewohnheitsmäßige Bettelei, Geschlechtskrankheit, Prostitution, überhaupt unzüchtiges Leben, Nichtbeachtung behördlicher Auflagen. Als Sicherungsmaßnahmen für prä- oder postdeliktual Sozialgefährliche werden vorgesehen: Heilanstalt oder Verwahrhaus für physisch oder psychisch anormale Rechtsbrecher oder für Alkoholiker, Narkomane und Taubstumme; Landwirtschaftskolonie oder Arbeitshaus für Gewohnheits-, Tendenz- oder Berufsverbrecher, Bettler, Landstreicher usw., Besserungsanstalt für Jugendliche, Friedensbürgschaft u. ä. Jede Sicherungsmaßnahme ist grundsätzlich auf unbestimmte Zeit anzuordnen; sie hat sich auf die Dauer zu erstrecken, während der der gefährliche Zustand gegeben ist (also bis zur Heilung oder bis zur Beseitigung der die Gefährlichkeit bedingenden Momente). Es handelt sich also hier um sehr wirksam gestaltete, erfolgversprechende kriminalpolitische Bestrebungen.

Digitized by Google

Das Fortlaufen als seltene Erscheinung der Migränepsychose.

Über zwei klinische Fälle.

Von

Prof. Dr. med. **Carlo Ferrio,**
Abteilungsvorstand der psychiatrischen Provinzialanstalt Turin.

Das Vorkommen von echt psychotischen Erscheinungen bedeutenden Grades bei Migränekranken ist gewiß nicht besonders häufig. Die sog. Migränepsychose wird von den meisten Lehrbüchern der Psychiatrie kaum erwähnt. Gewisse Monographien über den Kopfschmerz (*Pollak*, *Schüller* u. *Wilder* usw.) sprechen überhaupt nicht von psychotischen Erscheinungen im Verlaufe der Migräne. Andere Werke (*Kämmerer*, *P. Vallery-Radot* u. *Hamburger* usw.), die das Thema der Migräne eingehender behandeln, sprechen nur von »hemikranischen Äquivalenten« meist in Form von Verwirrtheits- bzw. Dämmerzuständen mit Sinnestäuschungen, die mit den epileptischen Äquivalenten etwas ähnliches haben[1]). Derartige Fälle sind von *Binswanger*, *Pastrovich*, *Ramsow* u. a. beschrieben worden. Mehrere Verfasser haben auch Depressions- bzw. Erregungszustände im Anschluß an Migräneanfälle beschrieben (*Liveing*, *Zacher*, *Krafft-Ebing*, *Brackmann*, *Flatau*, *Ulrich*, *Wood*, *Moersch*, *Kovalewski*, *Féré*, *Cornu* u. a.).

Von einer eigentlichen Migränepsychose sprechen nur wenige Verfasser. Unter diesen verdient *Mingazzini* eine besondere Erwähnung, der im Jahre 1893 das klinische Bild der »Dysphrenia hemicranica transitoria« aufstellte, deren Merkmale folgende sind: a) psychischer Ausnahmezustand im Sinne einer tiefen Bewußtseinstrübung, der höchstens 24 Stunden dauert; b) während desselben leidet Pat. an schreckhaften Gesichtshalluzinationen, auf die er mit Gewalttaten reagiert; c) vom Ausnahmezustande bleibt vollkommene Gedächtnislosigkeit zurück; d) nach dem Anfalle bleibt Pat. einige Zeit verwirrt.

---

[1]) Es scheint mir hier nicht der Fall zu sein, auf die theoretische Frage der Verhältnisse zwischen Epilepsie und Migräne einzugehen.

Digitized by Google

In weiteren Mitteilungen hebt *Mingazzini* hervor, daß die Gesichtsstörungen bei den Migränepsychosen ausbleiben können und ferner, daß gleichartige psychische Bilder auch bei extraenzephalischen Neuralgien vorkommen und selbst einige Wochen bzw. Monate dauern können. *Mingazzinis* Beobachtungen wurden von verschiedenen Verff. (*Sciamanna, Vasco Forlì, Guidi, Bioglio, D'Abundo, Heuber, Ulrich*) bestätigt, während andere (*Krafft-Ebing, Moebius, Flatau*) das Zusammentreffen von Epilepsie und Migräne bei den sog. geisteskranken Migränepatienten als wahrscheinlich oder geradezu sicher betrachten.

Ich möchte an dieser Stelle mit der Auseinandersetzung dieser Frage abbrechen und nur betonen, daß — so viel ich aus der Berücksichtigung der Literatur habe erfahren können — kein Verf. von Fortlaufen (Fugues-Zustände u. dgl.) im Zusammenhang mit Migräne spricht. So findet man z. B. in einer von *Pisani* u. *Cacchione* gesammelten Statistik aller Migränefälle, die in den letzten Jahren in der Nervenklinik Rom behandelt wurden, unter 395 Patienten keinen einzigen Fall von Fortlaufen.

Darum scheinen mir die zwei folgenden Migränefälle meiner Beobachtung von Interesse zu sein, wo bei sonst geistig gesunden Menschen ein Fortlaufen beobachtet wurde, das an das bekannte epileptische bzw. hysterische Fortlaufen erinnert.

1. Fall (1). — Ein 46jähriger familiär nicht belasteter Dampfschiffschaffner in Venedig leidet an starken Migräneanfällen (ohne Augensymptome) nebst Magenbeschwerden und Darmverstopfung. Die Migräne und eine geringgradige Charakterveränderung im Sinne einer leichten Erregbarkeit und Verstimmbarkeit entwickelten sich im Anschluß an ein stumpfes 18 Jahre zurückliegendes Kopftrauma. Außerhalb der Migräneanfälle ist Pat. völlig arbeitsfähig und benimmt sich ordentlich.

Eines Morgens, ohne den Familienangehörigen besonders aufgefallen zu sein und ohne irgendwelche Reisevorbereitung getroffen zu haben, fährt er von Venedig ab. Sechs Tage später befindet er sich in Turin (420 km von Venedig entfernt) und stellt sich freiwillig der dortigen Polizeidirektion, mit der Behauptung, er kenne nicht den Namen dieser Stadt und erinnere auch nicht alle seine persönlichen Daten.

Pat. wird sofort in die psychiatrische Provinzialanstalt Turin untergebracht und zwei Tage später durch eine polizeiliche Nachforschung identifiziert. Dank derselben kann Pat. seinen Namen erfahren und sich nachher vollkommen besinnen. Für die sechs Tage, die zwischen der Abfahrt von Venedig und der Ankunft in Turin verlaufen sind, zeigt er aber eine vollkommene Gedächtnislücke. Außer dieser ist bei Pat. bei der klinischen Untersuchung nichts wesentlich Krankhaftes festzustellen. Pat. wird einige Wochen später entlassen. Nach zwei Jahren ergab die katamnestische Untersuchung, daß sich Pat. im statu quo ante befand, und — wie vorher — nur

[2]) Eine ausführliche Beschreibung dieses Falles findet man in der Zeitschrift »Note e riviste di psichiatria«, N. 4 1936.

Digitized by Google

an Migräne und Darmverstopfung litt. Die Gedächtnislücke bestand aber noch immer.

Fall 2. — Ein 48jähriger Rechtsanwalt litt seit der Kindheit an schweren Migräneanfällen, die ihn manchmal für 2—3 Tage vollkommen arbeitsunfähig machten. Außerhalb der Anfälle war er vollkommen beschwerdefrei.

Einen Sommer verließ Pat. die Stadt, um in einem Hotel im Mittelgebirge einige Tage auszuruhen. Obwohl er ein leidenschaftlicher Bergsteiger war, hatte er sich vorgenommen, keine Alpentouren zu machen und hatte auch daher die Bergausrüstung in der Stadt gelassen. Eines Morgens gegen zehn Uhr verließ Pat. das Hotel für einen kurzen Spaziergang. Er hätte zur Mittagsstunde zur Mahlzeit ins Hotel zurückkehren sollen. Er kam jedoch nicht zurück und jede Nachforschung blieb ohne Erfolg. Vierzig Tage später wurde die zerschmetterte und verfaulte Leiche von einem Hirten im Gebirge zufälligerweise gefunden, und zwar in einem einige Stunden Weg vom Hotel entfernten Orte. Offensichtlich war Pat. von einem Felsen gestürzt und sofort gestorben.

Es fragt sich nun, warum Pat. sich so sehr weit vom Hotel entfernte, wenn er für langdauernde Bergtouren nicht ausgerüstet war und in zwei Stunden hätte zurück sein sollen. Daß er bei klarem Bewußtsein einfach den Weg verloren hätte, scheint bei dem intelligenten und mit Bergtouren vertrauten Manne nicht möglich zu sein. Eher scheint das Vorhandensein eines Dämmerzustandes mit ambulatorischem Automatismus den Fall erklären zu können. Freilich läßt sich die Möglichkeit eines verschleierten Selbstmordes nicht absolut ausschließen; manche Erwägungen über die Denkart, Familienverhältnisse usw. des von mir auch persönlich gut bekannten Patienten lassen aber diese Möglichkeit als sehr unwahrscheinlich erscheinen.

Bei den zwei beschriebenen Fällen ist offensichtlich ein gewisser Zusammenhang zwischen Migräne und Fortlaufen schwer zu leugnen, da erstere die einzige echt krankhafte Erscheinung darstellte, die vor dem Fortlaufen beobachtet wurde. Es liegt der Gedanke nahe, daß das Fortlaufen in beiden Fällen — und besonders im ersten — in einem Dämmerzustande stattgefunden hat, der im ersten sechs Tage, im zweiten einige Stunden und zwar bis zum tödlichen Sturze gedauert hätte.

Wie gesagt, habe ich in der Literatur über die Migräne keinen Fall von Fortlaufen gefunden. Umgekehrt scheint in der Literatur über das Fortlaufen kein Fall beschrieben worden zu sein, wo die Migräne das klinische Bild so beherrscht, daß sich ein Zusammenhang zwischen beiden Erscheinungen aufdrängen würde. Die Verfasser, die sich mit den sog. Fugues-Zuständen beschäftigten (*Heilbronner*, *Jouffroy* u. *Dupouy*, *Senise*, *Claude* usw.) sprechen überhaupt nicht davon. Das Fortlaufen wird meistens mit Epilepsie, Hysterie, Schizophrenie und Phrenastenie in Zusammenhang gebracht. Im bekannten *Hoche*'schen »Lehrbuch der gerichtlichen Psychiatrie« (Springer, Berlin 1934) spricht *Johannes Lange* vom Fortlaufen nur in Zusammenhang mit Epilepsie. In demselben

Digitized by Google

Buche sagt *Hoche*, die Beziehungen zwischen Bewußtseinstrübungen und Migräne seien unsicher, da letztere bisher noch nicht ganz aufgeklärte Beziehungen zu Epilepsie und zu Zuständen abnormen Bewußtseins aufweist.

Vielleicht ist aber ein Zusammentreffen mit Migräne manchmal übersehen worden, weil die Aufmerksamkeit des Klinikers nicht speziell auf letztere gerichtet war. So sieht man z. B., daß *Senise*, der 41 Fälle von Fortlaufen bei Soldaten im Felde beobachtet hat, bei 19 von diesen (46,3%) Kopfschmerz feststellen konnte. Bei der Berücksichtigung der sorgfältig gesammelten klinischen Beschreibungen ersieht man, daß in nicht weniger als 12 Fällen (zirka 30%) der Kopfschmerz Merkmale aufwies (periodisches anfallweises Auftreten, Skotome, Erbrechen usw.), die auf Migräne verdächtig waren. Eine eingehendere klinische Untersuchung, wie sie nur in einer psychiatrischen Anstalt möglich ist, hätte vielleicht gezeigt, daß auch hier Migräne und Dämmerzustand eine Rolle gespielt haben. Erwähnen möchte ich noch, den von *Divry* und *Christophe* beschriebenen Fall eines Ingenieurs, bei dem im Anschluß an einen elektrischen Unfall ein Fortlaufen beobachtet wurde. Unter anderen schweren neurologischen und psychischen Erscheinungen waren bei Pat. auch eine Charakterveränderung und schwerer anfallweise auftretender Kopfschmerz festzustellen.

Schließend möchte ich hervorheben, daß die zwei von mir beobachteten Fälle und besonders der erste dafür zu sprechen scheinen, daß die bei Migränekranken bekanntlich vorkommenden Dämmerzustände Anlaß zu Fortlaufen geben können. Letzteres scheint das Gepräge des epileptischen bzw. hysterischen Ausnahmezustandes zu haben. Sollte diese Annahme durch weitere Beobachtungen bestätigt werden, so würde daraus folgen, daß in das klinische Bild der Disphrenia hemicranica transitoria Mingazzini's oder der Migränepsychose überhaupt das Fortlaufen als seltene Erscheinung im Sinne eines Ausnahmezustandes einzuräumen ist. Sicher ist jedenfalls, daß dem eventuellen Vorhandensein von Migräne in jedem Falle von Fortlaufen auch in der gerichtspsychiatrischen Gutachtertätigkeit mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte als jetzt meistens der Fall ist.

Zusammenfassung.

Ein Zusammenhang zwischen Migräne und Fortlaufen scheint in der Literatur noch nicht berücksichtigt worden zu sein. Zwei von mir beobachtete Fälle von Fortlaufen bei Migränekranken scheinen dafür zu sprechen, daß es während der bei diesen Patienten bekanntlich zu beobachtenden Dämmerzuständen auch zu einem Fortlaufen kommen kann.

Digitized by Google

Schrifttum.

1. *Binswanger,* Die Epilepsie. Wien u. Leipzig 1913. — 2. *Claude,* Psychiatrie médico-légale. Doin, Paris 1932. — 3. *Divry et Christophe,* Journal de Neurologie et de Psychiatrie, N. 5 1931. — 4. *Ferrio,* Note e riviste di Psichiatria, N. 4 1936. — 5. *Heilbronner,* Jahrb. f. Psychiatrie u. Neurologie, Bd. 23 1903. — 6. *Joffroy et Dupouy,* Fugues et vagabondages. Etude clinique et psychologique. Alcan, Paris 1909. — 7. *Kämmerer,* Allergische Diathese und allergische Erkrankungen (2. Aufl.), Bergmann, München 1934. — 8. *Mingazzini,* Riv. sper. di freniatria, Vol. 19, 1893. — 9. *Ders.,* Riv. sper. di freniatria, Vol. 21, 1895. — 10. *Ders.,* Zeitschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie, Bd. 101, 1926. — 11. *Mingazzini* e *Pacetti,* Riv. sper. di freniatria. Vol. 25 1895. — 12. *Pastrovich,* Giorn. di psichiatria clinica, Vol. 25, 1912. — 13. *Pisani* e *Cacchione,* Note e riv. di psichiatria, N. 4 1935. — 14. *Pollak,* Der Kopfschmerz u. seine Behandlung, Deuticke, Leipzig u. Wien 1929. — 15. *Schüller* u. *Wilder,* Der Kopfschmerz, Springer, Wien u. Berlin 1934. — 16. *Senise,* Annali di neurologia, p. 94, 1919. — 17. *P. Vallery-Radot* et *Hamburger,* Les migraines, Masson, Paris 1935.

Digitized by Google

(Aus der Heil- und Pflegeanstalt Illenau. Direktor: Dr. *Roemer*.)

Schwierigkeiten und Gefahren der Insulinschockbehandlung der Schizophrenie *).

Von

cand. med. **Marianne Feldhofen.**

Nachdem im Jahre 1936 die Arbeit von *Dussik* und *Sakel*[1]) über die Ergebnisse der Insulinbehandlung der Schizophrenie erschienen war, wurde Anfang Juli in der Anstalt Illenau mit der Nachprüfung begonnen. Über die Ergebnisse, die wir bis zum 30. November 1936 erzielten, hat in der Zwischenzeit *Küppers*[2]) berichtet. Sie sind so günstig, daß wir überzeugt sind, daß die Behandlung sehr bald Allgemeingut werden wird. Was dem entgegensteht, sind vor allem die mit der Behandlung verknüpften Gefahren. Besonders in den ersten Monaten wird wohl niemand, der die Behandlung beginnt, von unangenehmen Zwischenfällen ganz verschont bleiben. Wir haben es deshalb für angebracht gehalten, über die Schwierigkeiten, denen wir in den ersten 4 Monaten begegnet sind, zu berichten.

Wir übernahmen die Methode von der Tübinger psychiatrischen Klinik, an der sich Prof. *Küppers* über die Einzelheiten unterrichtet hatte. Im übrigen hielten wir uns natürlich an die Vorschriften der Wiener Autoren[1]), [3]). Abänderungen erlaubten wir uns nur so weit, als wir durch den bei uns wie mehr oder weniger an allen deutschen Heil- und Pflegeanstalten herrschenden Personalmangel dazu gezwungen waren. So verzichteten wir auf die nachmittäglichen Insulingaben, die *Sakel* für seine Phase IV vorschreibt, und beschränkten die Dauer der Komata auf $^1/_2$ bis $^3/_4$ Stunden. Im ganzen wurden in der Zeit bis zum 31. Oktober, über die hier berichtet wird, 49 Fälle behandelt. Von diesen waren am Schlußtage 19 abgeschlossen, 30 noch in Behandlung.

I. Über den Begriff des Komas.

Eine erste Schwierigkeit fanden wir darin, zu bestimmen, wann der Zustand beginnt, den *Sakel* als »tiefen Schock« bezeichnet und von dem er sagt, daß man ihn $^1/_2$ bis $1^1/_2$ Stunden aufrechterhalten solle, um das therapeutische Ziel zu erreichen.

*) Dissertation. Veröffentlichung genehmigt von der Medizin. Fakultät der Universität Freiburg i. Br. Die Arbeit wurde mit Genehmigung des Referenten Prof. *Küppers* in gekürzter Form gedruckt. Das Original liegt in der Universitätsbibliothek der Universität Freiburg auf.

Digitized by Google

Herkömmlicherweise versteht man unter Koma das letzte Glied der Reihe: Benommenheit — Sopor — Koma. Der von *Sakel* gebrauchte Ausdruck »tiefes Koma« könnte also dazu verführen, zu glauben, es handle sich bei dem, was er meint, um einen Zustand, der mehr bedeutet als bloße Bewußtlosigkeit, z. B. etwa so viel wie völlige Reaktionslosigkeit.

Unsere Beobachtungen ergaben bald die Unrichtigkeit und Gefährlichkeit einer solchen Auffassung. Wir waren also gezwungen, nach eigenen Unterscheidungsmerkmalen zu suchen. Wir fanden sie, indem wir an dem Begriff Koma = Bewußtlosigkeit festhielten und als komatös oder bewußtlos alle die Kranken bezeichneten, die wir auf keine Weise zu irgendeinem Grade von Bewußtsein, d. h. Wachsein, bringen konnten.

Die Erkennung des Komas in unserem Sinne erfolgt demnach dadurch, daß man den Versuch macht, den Kranken zu wecken, und den Erfolg beobachtet. Man beginnt mit geringen Reizen, indem man den Kranken streichelt, zupft, rüttelt und anruft. Als unweckbar und also komatös rechnet man dann jene Kranken, die auch auf einen starken Schmerzreiz wie Kneifen in den Arm nicht mehr mit einer Abwehrbewegung antworten, die zeigt, daß eine Erkenntnis des Reizes vorhanden ist (Handbewegungen in der Richtung des Reizes, Fixation des Untersuchers mit den Augen, »sprechendes« Verziehen des Gesichts usw.). Die Auslösung krampfhafter Streck- und Beugebewegungen gilt demnach nicht als unvereinbar mit der als Koma zu bezeichnenden Phase.

In dem im September 1936 von *Max Müller*[4]) veröffentlichten Artikel über die Insulintherapie wurde als »ausschlaggebendes Kriterium« des tiefen(!) Schocks, »die Unfähigkeit des Patienten, den Zucker selbst zu trinken«, angegeben. Wir halten dieses Kriterium nicht für zweckmäßig, da man bei der Prüfung die Kranken jedesmal zum Trinken auffordern müßte. Auf die Mitteilung von *M. Müller* hin sind wir aber dazu übergegangen, die Zustände, in denen die Kranken infolge ihrer Benommenheit nicht mehr imstande sind zu trinken, nachträglich als »Praekoma« zu registrieren.

II. Sensibilisierung und Adaptation.

Sakel machte die Beobachtung, daß bei zunehmender Besserung in der Phase II die Kranken auf die anfangs gefundene Schockdosis zu früh oder bei Herabsetzung der Dosis immer noch rechtzeitig mit Schocksymptomen reagierten. Er glaubt an einen Zusammenhang zwischen Fortschreiten der Besserung und Abnahme der Insulinresistenz. Die Erscheinung der abnehmenden Insulinresistenz fand auch *Müller*, nicht aber einen Zusammenhang mit der Besserung der Schizophrenie.

Auch wir fanden bei mehreren Kranken, die längere Zeit in

Digitized by Google

Phase II waren, eine zunehmende Empfindlichkeit gegenüber dem Insulin. Bei einigen konnte die Herabsetzung bis zur Anfangsdosis von 20 E. gehen, ohne daß sie aufhörten, in das Koma zu verfallen. Wir trafen dieses Verhalten bei günstig und ungünstig ausgehenden Insulinkuren und sind deshalb mit *Müller* der Meinung, daß es nichts mit dem Fortschreiten der Besserung zu tun hat. Die Verminderung der Insulindosen in Phase II hinab bis zur minimalen, durch Sensibilisierung erworbenen neuen »Schockdosis« ist wichtig, wenn man unangenehme Zwischenfälle vermeiden will.

Aus dem Gefühl heraus, daß die Sonntagspause die Wirksamkeit des Insulins möglicherweise erhöht haben könnte, haben wir immer die am Samstag erreichte Dosis auch für den kommenden Montag beibehalten. Tatsächlich machten wir auch die Beobachtung, daß ein Teil der Kranken bei gleichbleibender Dosis am Montag früher in das Koma kam, oder daß überhaupt erst am Montag ein Koma eintrat, während die Kranken am Samstag bis zum Schluß noch weckbar gewesen waren. Wir waren infolgedessen überrascht, bei *M. Müller* zu lesen, »daß die Kranken nach einem insulinfreien Sonntag durchweg einen flaueren Verlauf ihrer Reaktion aufwiesen«. *Müller* glaubt die Erscheinung erklären zu können mit der Annahme einer Sensibilisierung durch die Ernährung, die während der Kurtage in der Woche sehr kohlehydratreich ist.

Wir haben nachgeprüft und gefunden, daß beides vorkommt: flauere Reaktion und das Gegenteil, und sind dadurch zu der Auffassung gekommen, daß man zweierlei unterscheiden muß: 1. eine Sensibilisierung des Zentralnervensystems für das Insulin, hervorgerufen durch die Wiederholung der Komata in der Hauptphase der Behandlung und 2. eine Anpassung des Gesamtkörpers an das Insulin, hervorgerufen durch die Wiederholung der Einverleibung des Insulins in der Anfangsphase der Behandlung.

Wir beobachteten häufig, daß Kranke im Anfang der Kur auf niedrige Insulindosen hin leichte Temperatursteigerung, Erbrechen oder Durchfall bekamen. Führte man die Kur dann vorsichtig unter Beibehaltung der kleinen Dosen fort, so fielen schon nach wenigen Tagen diese Erscheinungen weg, und die Kur konnte ohne weitere Schwierigkeiten durchgeführt werden. Hier handelt es sich um eine zunehmende Anpassung des Gesamtkörpers, und das Stärkerreagieren am Montag erklärt sich daraus, daß die Anpassung in der Behandlungspause zurückgeht.

Auf der anderen Seite beobachteten wir, daß Kranke, die in der Hauptphase der Behandlung schon mehrere Komata durchgemacht hatten, bei der am Montag unveränderten Dosis zu spät oder gar nicht in das Koma hineinkamen. Dieses »Flauerrea-

Digitized by Google

gieren« wäre also darauf zurückzuführen, daß die Sensibilisierung am insulinfreien Sonntag zurückgeht.

Man wird nicht fehlgehen, wenn man die Anpassung des Gesamtkörpers darauf zurückführt, daß dieser bei der täglichen Wiederholung der Insulinisierung lernt, mit den neuen Anforderungen fertigzuwerden, die Sensibilisierung dagegen darauf, daß die tägliche Wiederholung der Komata zu einer Erschöpfung der intrazellulären Nahrungsreserven im Zentralnervensystem führt. Die Sensibilisierung würde also bei den Kranken eintreten, deren Nervenzellen nicht imstande sind, ihre Nahrungsreserven innerhalb des ihnen gelassenen Zeitraumes von 20 Stunden immer wieder restlos aufzufüllen (vgl. dazu Küppers[2]).

III. Insulinresistenz.

Sakel nimmt an, daß alte Schizophrene mehr Insulin brauchen, um in das Koma zu kommen, als frische Fälle. *Müller* fand keinen deutlichen Zusammenhang in diesem Sinne.

Wir selbst haben alle unsere Fälle daraufhin untersucht, 1. ob ein Zusammenhang zwischen Krankheitsdauer und ursprünglicher Schockdosis vorhanden war, 2. ob ein solcher Zusammenhang vielleicht zwischen Lebensalter und Schockdosis gefunden werden konnte*). Beide Untersuchungen verliefen negativ. Als Ursache der Resistenz kommen demnach wohl mehrere Faktoren gleichzeitig in Frage. Ernährungszustand, Krankheitsdauer, Lebensalter und Körperbau scheinen eine Rolle zu spielen. In der Hauptsache dürfte aber die Ursache in einer individuell verschieden großen Adaptationsbreite des Stoffwechsels zu suchen sein, für die äußere Merkmale vorläufig nicht angegeben werden können.

IV. Blutdruck.

Sakel nennt den Blutdruckapparat als Zubehör des Schockbestecks. Er hat vielfache Messungen gemacht, die zum Teil interessante Ergebnisse hatten, empfiehlt aber trotzdem »primitiveren Kontrollen nachzugehen«, da solche Messungen wachhaltende Reize für die Patienten bedeuteten und doch nicht ergiebig genug seien, um die Gefahrenzone innerhalb des Komas abzugrenzen.

Da wir das Koma auf $^1/_2$ bis $^3/_4$ Stunden beschränkten, haben wir Blutdruckmessungen zur Kontrolle des Komas nicht nötig gehabt. Wir machten aber anfänglich bei einem Teil der Kranken täglich morgens zwischen 10 und 11 Uhr und nachmittags zwischen 17 und 18 Uhr Blutdruckmessungen. Eine Gesetzmäßigkeit konnten wir nicht finden. Bei einigen Kranken fanden wir morgens,

* Die Tabellen können in der ausführlichen Dissertation, die in der Freiburger Universitätsbibliothek aufbewahrt wird, eingesehen werden.

Digitized by Google

gleichgültig, welches Stadium der Hypoglykämie eingetreten war, eine geringe Blutdrucksenkung, bei anderen morgens und abends dieselben Werte. Ein Teil hatte Blutdruckerhöhungen bis zu 20 mm Hg, zum Teil hervorgerufen durch Erregungen und Krämpfe. Eine konstante Beziehung der Blutdruckhöhe zu den epileptischen Anfällen in dem Sinne, daß sich etwa die Anfälle durch vorausgehende Blutdruckerhöhung verraten hätten, konnten wir ebenfalls nicht finden.

Für den Fall, daß künftig jemand dasselbe Problem sollte in Angriff nehmen wollen, würden wir anraten, zunächst einmal morgens vor der Insulininjektion und nachmittags zwischen 17 und 18 Uhr zu messen, genau so, wie man das bei Temperatur und Puls tut. Erst auf dieser Grundlage kann man die Frage zu lösen versuchen, wie der hypoglykämische Zustand selbst den Blutdruck beeinflußt.

V. Puls.

Sakel[8]) gibt an, der komplikationslose Verlauf des Schocks gehe mit Bradykardie einher. *Hadorn*[5]) beobachtete bei seinen Fällen 15mal Pulsbeschleunigung, 9mal Verlangsamung. Viermal traten keine Veränderungen auf, 3mal zeigte sich eine starke Vagusarhythmie. Es besteht demnach ein Widerspruch zwischen den Wiener und den Schweizer Beobachtungen.

Wir fanden im allgemeinen eine Tendenz zur Bradykardie, die sich aber nur dann durchsetzen konnte, wenn die Muskulatur ganz erschlafft war, weiterhin aber einen wellenförmigen Verlauf der Pulskurve in den ersten Stunden der Insulinwirkung, den wir nach Selbstversuchen, über die hier nicht berichtet werden kann, mit einem wellenförmigen Verlauf der Hypoglykämie in Zusammenhang bringen.

In einigen Fällen zeigte sich eine Vagusarhythmie, die aber bei Fortsetzung der Kur verschwand. In zwei Fällen konnten wir die im Laufe der Kur zunehmende Anpassung und Übung des Herzens besonders deutlich sehen: Innerhalb der Phase I verwandelte sich ein dünner irregulärer Puls in einen gut gefüllten regulären.

Wegen der elektrokardiographischen Ergebnisse verweisen wir auf *Hadorn*. Er hat gezeigt, daß während der Hypoglykämie vorübergehende Herzmuskelschädigungen entstehen. Er empfiehlt daher, außer Herzkranken auch Sklerotiker möglichst von der Kur auszuschließen.

Auch für den Puls gilt das oben über den Blutdruck Gesagte: Man kann erst dann darüber urteilen, wie die Hypoglykämie auf den Puls wirkt, wenn man sich darüber klar ist, wie die Kur als solche den Puls beeinflußt. Sicher ist z. B., daß die Tagesschwankungen der Pulsfrequenz während der Kur stärker sind als nor-

Digitized by Google

malerweise, offenbar weil die Tagesschwankungen der Stoffwechselintensität sich vergrößern.

VI. Motorische Begleiterscheinungen der Bewußtseinsänderung.

In gleichem Maße, wie die Empfindlichkeit der einzelnen Kranken gegen das Insulin verschieden ist, variiert auch ihre Reaktionsform. Therapeutisch am meisten erwünscht wäre ein Koma, das nach einem ruhigen Verlauf ohne Anfälle, Erregungen und Krämpfe aufträte. Tatsächlich kommt ein solcher Verlauf auch vor, aber verhältnismäßig selten. Bei ihm fangen die Kranken 1—1½ Stunden nach der Injektion an zu schwitzen. Dieses Schwitzen erreicht meist eine beträchtliche Stärke und kommt am ganzen Körper zum Ausbruch. Etwa um dieselbe Zeit setzt eine leichte Schläfrigkeit ein, die ganz allmählich bei vollkommener äußerer Ruhe der Kranken über Benommenheit und Sopor in das Koma übergeht. Die Änderung des Bewußtseinszustandes ist begleitet von Reflexveränderungen. Zuerst werden meist die Patellar- und Achillessehnenreflexe lebhafter, danach treten pathologische Reflexe, wie Oppenheim und Babinski, auf.

Diese ganz ruhige Verlaufsform trafen wir unter unseren 49 behandelten Fällen nur 3mal an.

1. Tonische Krämpfe.

Am häufigsten treten tonische Krämpfe auf; wir beobachteten sie als konstante Begleiterscheinung des Komas in 19 Fällen. Meistens gehen diesen Krämpfen, die fast regelmäßig sowohl die oberen wie die unteren Extremitäten befallen, kurze blitzartige Zuckungen im Gesicht voraus. Die Augen werden zugekniffen, die Nase in queren Falten gerümpft, die Mundwinkel hochgezogen. Diese leichten Zuckungen können auch in einen anhaltenden tonischen Schnauzkrampf übergehen.

Die häufigste Form der dann einsetzenden tonischen Krämpfe sind die Streckkrämpfe. Es werden die oberen Extremitäten stark gestreckt. Der Kopf wird gegen die Brust gepreßt, die Hände sind zur Faust geballt, die Unterarme gehen in Supinationsstellung. Durch Reize wird die Tendenz zu diesen Krämpfen verstärkt. Es empfiehlt sich daher, die Kranken möglichst in Ruhe zu lassen. Bei den Beugekrämpfen werden die oberen Extremitäten gebeugt, die unteren gestreckt, die Hände sind ebenfalls zur Faust geballt. Auf Reize hin werden die Oberarme vielfach nach außen rotiert.

2. Allgemeine motorische Unruhe.

Eine andere Art von motorischen Begleiterscheinungen ist eine allgemeine motorische Unruhe. Die Kranken werfen und wälzen

Digitized by Google

sich in wilder Erregung im Bett herum, strampeln mit den Beinen, schlagen mit den Armen um sich, kreischen und schreien oder stoßen immer wieder dieselben Worte aus.

3. »Gemütszuckungen«.

Besonders eigenartig berührten uns in einem Fall krampfartige Bewegungen, die vollkommen seelischen Ausdrucksbewegungen glichen, aber von Augenblick zu Augenblick wechselten. Die Mimik glich der von Säuglingen in den ersten Wochen. Es folgten fortlaufend die verschiedensten Ausdruckslagen des Gesichts aufeinander: bald wurde es weinerlich verzogen, die Unterlippe schmollend vorgestülpt, bald brach ein Lachen aus, bald zeigte sich ein zorniger und mißmutiger Ausdruck, es folgten Heulausbrüche, befriedigtes Vor-sich-her-murmeln, Perseverationen wie »ei, ei«, usw. — alles nur von Sekundendauer und unter Mitbewegung des Gesamtkörpers. Die Kranke hörte auf Anruf, konnte noch fixieren, gab auch noch langsam Antwort. Das Bewußtsein war aber schon deutlich eingeschränkt. Da man den Eindruck hatte, als ob das Organ der Gemütsbewegungen selbst mitbeteiligt wäre, haben wir dieser Reaktionsform die mehr spaßhaft gemeinte Bezeichnung »Gemütszuckungen« gegeben, zumal Ausdrücke wie Zwangsweinen, Zwangslachen usw. nicht ausreichen, um die Mannigfaltigkeit der hier zutage tretenden Formen von Ausdrucksbewegungen zu bezeichnen.

4. Choreiforme Bewegungen.

Plötzliche kurze Zuckungen in verschiedenen Teilen des Gesichts, daneben wechselnd lokalisierte, schnelle, ausfahrende Bewegungen der Arme und Beine, wie man sie auch willkürlich hervorrufen könnte. Nach Ablauf der einzelnen Bewegungen kürzere oder längere Pausen.

5. »Hungerkrawall« (*Sakel*).

Erregungszustände, in denen die Kranken stürmisch Nahrung verlangen oder etwa plötzlich aufstehen und auf die Zuckerlösung losstürzen. Derartige Zustände kamen nicht häufig vor; man muß aber immer mit ihnen rechnen und das Pflegepersonal entsprechend instruieren.

Für alle diese Arten von Bewegungen gilt der von *Sakel* gegebene Rat, daß man versuchen soll, die Erscheinungen zu »übertauchen«, d. h. die Selbstregulation des Körpers abzuwarten. Tatsächlich trat in fast allen Fällen mit der Zeit eine Beruhigung ein, so daß eine vorzeitige Unterbrechung nur selten nötig war.

6. Myoklonische Zuckungen.

Diese auch schon von *Sakel* beschriebene Form motorischer Begleiterscheinungen der Hypoglykämie mahnt zu größerer Vor-

Digitized by Google

sicht. Wir haben sie in 12 Fällen beobachtet. Die deutlichste Ausprägung zeigte sich bei der Kranken Wü. Zur Beschreibung greife ich deshalb diesen Fall heraus.

30jähriges Mädchen, alte paranoide Schizophrenie. Die Kur wurde wie immer mit 20 E. I. begonnen, die Dosis täglich um 4 E. gesteigert. Bei einer Dosis von 52 E. I. brachen plötzlich um 9.20 Uhr starke myoklonische Zuckungen aus, die uns bedrohlich erschienen, sodaß wir nach einigen Minuten die Hypoglykämie aufhoben. Die Zuckungen wiederholten sich auch an den folgenden Tagen. Als erstes Symptom zeigte sich ein starkes Aufreißen der Augen mit Hervortreten der Bulbi, seltenem Lidschlag und großen Pupillen. Dann spielten kurze Zuckungen um Augen und Mund und über das Gesicht. Mit einem Schlag setzten dann Myoklonismen des ganzen Körpers ein — Bewegungen, die den Vergleich mit einem sich rasch hintereinander wiederholenden Zusammenschrecken zuließen. Kurz und blitzartig wurden synergisch wirkende Muskelgruppen befallen. Die Zuckungen waren symmetrisch auf die Muskeln beider Körperhälften verteilt, erfolgten synchron, aber in unregelmäßigem Rhythmus. Die Intervalle zwischen den einzelnen Zuckungen waren von verschiedener Dauer, u. a. von der Stärke der Zuckungen abhängig. Die Häufigkeit in der Minute betrug bei dieser Kranken 80. Sie wird durchschnittlich etwas geringer sein. Auch die kleinen Muskeln des Gesichts wurden betroffen: Augen und Mund wurden zusammengekniffen, der Kopf gegen die Brust geschleudert, die Arme in Pronationsstellung gebeugt. Das Sprechen war unmöglich, das Schlucken erschwert, trotz erhaltenem oder nur wenig eingeschränktem Bewußtsein.

Der Zeitpunkt des Auftretens dieser Zuckungen liegt oft schon 1—2 Stunden nach der Insulingabe, während die zuerst genannten Bewegungsformen meist erst in der dritten und vierten Stunde auftreten. Bei späterem Auftreten sahen wir, daß die Kranken durch die Zuckungen gewissermaßen wachgerüttelt wurden, so daß das Koma sich nicht in der normalen Weise entwickeln konnte. Oft trat auch hier ein »Übertauchen« ein, so daß sie nach 10—30 Minuten aufhörten. Dort, wo sich nach 30 Minuten noch kein Abflauen oder Aufhören zeigte, gaben wir einen »Zuckerschnaps«, d. h. 10 ccm Zuckerlösung (= 4 g Zucker), worauf fast jedesmal eine vollkommene Beruhigung eintrat, ohne daß doch der Grad der Benommenheit zu stark abgeschwächt worden wäre.

Eine Dämpfung und Beseitigung dieser sicher für das Nervensystem nicht gleichgültigen Zuckungen haben wir auch dadurch versucht, daß wir am Vorabend oder am Morgen 0,1—0,2 Luminal gaben. Die Wirkung war aber nicht überzeugend.

VII. Epileptische Anfälle.

Sakel unterscheidet zwei Hauptformen des Schocks: 1. Das Koma, 2. den epileptischen Anfall. Er beurteilt den epileptischen Anfall therapeutisch als günstig und stellt ihn dem Koma gleich, weist aber auf seine Gefährlichkeit hin und schreibt sofortige Adrenalin- und Traubenzuckereinspritzung vor. Er ist der Ansicht, daß

Digitized by Google

eine besondere Beziehung zwischen dem Ausbleiben des Schwitzens und dem Auftreten des epileptischen Anfalls bestehe, und bezeichnet deshalb diese Verlaufsform auch als »trockenen Schock«. Diesem »trockenen Schock« stellt er die Bewußtseinsminderung bis zum Koma als »nassen Schock« gegenüber. Demgegenüber bemerkt *M. Müller*, daß das Schwitzen einen epileptischen Anfall nicht ausschließt, andererseits fehlendes Schwitzen keinen Anfall nach sich zu ziehen braucht. Wir können das nach unseren Erfahrungen nur bestätigen. Den epileptischen Anfall als besondere Verlaufsart des hypoglykämischen Schocks aufzufassen, scheint uns darüber hinaus schon deshalb nicht möglich, weil selbst die Entstehung eines Komas das Auftreten eines epileptischen Anfalls nicht ausschließt, so daß ein hypoglykämischer Schock also zugleich »naß« und »trocken« sein kann. Aus diesem Grunde fassen wir den epileptischen Anfall als eine Komplikation des normalen, »glatten« Verlaufs der Bewußtseinsminderung auf.

Entsprechend der Vorschrift von *Sakel* haben wir bei jedem Anfall im Hinblick auf die mögliche Entwicklung eines Status epilepticus die Hypoglykämie sofort unterbrochen. Sobald Beruhigung eingetreten war, spritzten wir 0,001 g Adrenalin, um für den Fall einer Verzögerung der Zuckerzufuhr schon vorgesorgt zu haben, ferner wegen der günstigen Kreislaufwirkung des Adrenalins. In 1—2 Minuten erholte sich dann auch immer der Kreislauf völlig. Ein Teil der Kranken wurde in 3—5 Minuten wach und war fähig, das Zuckerwasser zu trinken. Dauerte das Erwachen länger, oder glaubten wir, wegen der schon vorher bestehenden Benommenheit mit einem spontanen Erwachen nicht mehr rechnen zu können, so wurde der Zucker mit der Magensonde gegeben. Dann folgte die Kohlehydratzufuhr in Form des üblichen Frühstücks. *Sakel* schreibt beim epileptischen Anfall die Unterbrechung der Hypoglykämie durch Adrenalininjektion und sofort nachfolgende intravenöse Traubenzuckerzufuhr vor. Wir kamen in allen Fällen ohne intravenöse Injektion aus; eine Wiederholung des Anfalls am gleichen Tage haben wir nie erlebt.

Auf 49 bis zum 31. Oktober 1936 behandelte Fälle, von denen 19 abgeschlossen, 30 noch in Behandlung waren, sahen wir 35 Anfälle. Sie waren folgendermaßen verteilt:

32 Kranke hatten nie einen epileptischen Anfall. Von den 17 anderen hatten eine Kranke 5 Anfälle, eine 4, 3 je 3, 5 je 2 und 7 je 1 Anfall. Die Zahlen bleiben etwas hinter denen, die *M. Müller*[1]) von seinen Kranken angibt, zurück.

In bezug auf den Zeitpunkt des Auftretens der Anfälle fanden wir folgendes: I. 46% der Anfälle traten zwischen 8 und 9 Uhr, also 1—2 Stunden nach der Insulindarreichung, auf zu einer Zeit, da die Kranken höchstens leicht schläfrig waren. II. 29% setzten

Digitized by Google

zwischen 9 und 10 Uhr ein bei mehr oder minder benommenem Bewußtseinszustand. III. 25% wurden zwischen 10 und 11 Uhr, zum Teil bei komatösen Kranken, beobachtet.

Die Anfälle von Gruppe I traten fast immer ohne irgendwelche Vorboten auf. Bei vielen Fällen der Gruppe II stellten wir vorausgehende myoklonische Zuckungen fest, die also bis zu einem gewissen Grade als »Voranzeige« gewertet werden können. Bei den Fällen der Gruppe III konnte man ebenfalls im Verlauf des Vormittags immer mehr zunehmende myoklonische Zuckungen wahrnehmen. Auch das Zusammentreffen von stärkeren Zuckungen mit Streckkrämpfen kulminierte gelegentlich in einem Anfall.

Somit lassen sich die Anfälle, wenn auch nicht restlos, einteilen in 1. solche, die zur Zeit der ersten rapiden Verminderung des Blutzuckergehaltes auftreten, der bekanntlich etwa nach zwei Stunden seinen Tiefpunkt erreicht, 2. solche, die durch Summation immer mehr zunehmender myoklonischer Zuckungen entstehen, und 3. solche, die als Folge wiederholter von tonischen Krämpfen begleiteter Komata auftreten.

Die Anfälle der ersten Art wären aufzufassen als Entladungen von Erregungen, die infolge der als Reiz wirkenden rapiden Senkung des Blutzuckerspiegels entstehen; die beiden anderen als Entladungen von Erregungen, die sich im Zentralnervensystem angesammelt haben entweder a) infolge der sich an dem betreffenden Morgen häufenden myoklonischen Zuckungen, oder b) infolge der täglichen Wiederholung der Komata.

M. Müller gibt an, daß er nicht selten einen Anfall während oder unmittelbar nach der Zuckeraufnahme beobachtete. Auch wir haben das zweimal gesehen.

Man wird annehmen können, daß in diesen Fällen die Anfallsbereitschaft zu dem betreffenden Zeitpunkt so hoch war, daß schon der von der Magenfüllung ausgehende zusätzliche Reiz genügte, den Anfall in Gang zu bringen.

Wir haben uns gefragt, ob sich nicht irgendwelche Symptome finden ließen, die eine Vorhersage des Anfalls erlaubten. Wie aus dem oben Gesagten hervorgeht, fanden wir als einzigen Hinweis die myoklonischen Zuckungen. Sie erlaubten jedoch keine Vorhersage des Zeitpunktes des Anfalls.

VIII. Erstickungs- und Aspirationsgefahr.

Als die drei größten Gefahren der Behandlung gibt *Sakel* an 1. die Aspiration, 2. den Stimmritzenkrampf, 3. den Nachschock.

Bei den täglichen Sondennährungen kamen bei uns keine Komplikationen vor. Nach *Sakels* Angabe setzten wir die komatösen Kranken, wenn nötig, aufrecht. Durch diese einfache Hilfsmaßnahme konnten wir eine zu starke Ansammlung von Speichel im Rachenraum verhindern.

Digitized by Google

Eine leichtere Form des Stimmritzenkrampfes fanden wir gelegentlich bei langanhaltenden, den ganzen Körper ergreifenden Streckkrämpfen. Die Kranken bekamen eine geräuschvolle Atmung und verfärbten sich dunkelrot bis blaurot. In solchen Fällen kam es auch häufiger zu einer Einklemmung der Zunge. Wir beugten dem vor, indem wir die Kranken rechtzeitig veranlaßten, ein mit Gaze umwickeltes Stück Gummischlauch zwischen die Zähne zu nehmen. Das von der Narkose her bekannte Zurücksinken der Zunge mit nachfolgender erschwerter Atmung und Zyanose wurde immer leicht durch Aufrechtlagern beseitigt.

Eines Tages entstand bei einer Kranken im Koma eine Luxation des Unterkiefers, die erst als solche erkannt wurde, als die Kranke mit offenem Munde wieder zu sich kam. Wir erwähnen den Fall nur, um zu zeigen, auf was für »Zwischenfälle« man bei der Behandlung gefaßt sein muß.

In keinem Falle waren wir gezwungen, die Hypoglykämie wegen solcher Schwierigkeiten sofort zu unterbrechen.

IX. Gefahren für den Kreislauf.

Schon im Vorwort zu der Monographie von *Sakel*[3]) hat *Pötzl* auf die den Kreislauf belastende Wirkung der Insulinkur hingewiesen.

Zum normalen Verlauf gehörig fanden wir die von mehreren Autoren angegebenen Symptome: Herzklopfen, Beklemmungsgefühle, vereinzelt auch Stechen in der Herzgegend. Es kam aber auch ein Fall von akuter Lebensgefahr vor.

Am 8. Oktober wurde bei der 31jährigen Kranken St. die Kur wie immer mit 20 E. begonnen. Etwas Abnormes hatte sich weder an den inneren Organen noch am Nervensystem feststellen lassen. Mit 56 E. I. war die Schockdosis erreicht. Am folgenden Tag kam die Kranke mit derselben Dosis schon eine Stunde früher (9.30 Uhr) in den Zustand der Unweckbarkeit. Wir senkten daher die Dosis des folgenden Tages auf 48 E. Trotzdem kam die Kranke schon 9.20 Uhr in das Koma. Wir gingen nun auf 40 E. herab. Dieses Mal trat sogar schon 9.10 Uhr Unweckbarkeit ein. Es lag also ein Fall von abnorm rascher Sensibilisierung vor. (Motorische Begleiterscheinungen fehlten.) Nach etwa 10 Minuten fiel der Pflegerin die sehr blasse Gesichtsfarbe auf. Die nähere Untersuchung ergab Aussetzen des Pulses und Atemstillstand. Daraufhin wurde sofort 0,001 g Adrenalin gegeben. Es zeigte sich nun wohl eine Besserung des Pulses, auch trat die Atmung oberflächlich wieder auf, aber die Kranke wurde nicht wach. Nunmehr wurde mit der Sonde das übliche Zuckerwasser gegeben. Für kurze Zeit blieb die Atmung bestehen, der Puls war leidlich zu fühlen. Nach einigen Minuten setzte aber erneut ein sehr bedrohlicher Zustand ein. Die Atmung verlief wellenförmig nach Art der Cheyne-Stokesschen Phasen, die Kranke wurde zunehmend zyanotisch. Gleichzeitig zeigten sich Pulsarhythmien in Form der Wenkebach'schen Perioden. Nach weiteren 1 bis 2 Minuten trat absolute Apnoe ein, der Puls war 5 Minuten lang überhaupt nicht zu fühlen. Jetzt wurden i.-v. 40 ccm Traubenzucker gegeben. Die Kranke wurde sofort wach, und gleichzeitig kehrten Atmung und Herzaktion wieder zur Norm zurück.

Digitized by Google

Wegen der Kombination von Atem- und Herzstillstand ist es wohl sicher, daß hier eine zentrale Schädigung vorgelegen hat. Auch das sofortige Verschwinden der Störungen beim Erwachen spricht für diese Annahme. Für eine besondere Widerstandslosigkeit des Zentralnervensystems bei dieser Kranken wäre die abnorm rasche Sensibilisierung durch die vorausgegangenen Komata anzuführen.

Der Fall lehrt, daß die bei uns sonst übliche Verminderung der Insulingaben um 8 E. zuweilen, nämlich bei besonders rasch einsetzender Sensibilisierung, nicht genügt.

X. Verspätetes Erwachen.

Zum komplikationslosen Verlauf der Insulinschocktherapie gehört selbstverständlich ein rechtzeitiges und vollständiges Erwachen nach der Zuckerzufuhr. Das Erwachen dauert meist 10 bis 15 Minuten. Ist ein Kranker nach 30 bis 40 Minuten noch immer tief benommen, so muß eingegriffen werden.

M. Müller machte die Beobachtung, daß bei komatösen Kranken häufig auf die Zuckerzufuhr hin zunächst eine Vertiefung des Komas eintrat. Auch wir haben das erlebt:

Fall L., 24jähriges Mädchen von besonders kräftigem Körperbau und gutem Ernährungszustand. Beginn der Kur am 27. 7. 1936. Bis zum 22. 9. komplikationsloser Verlauf, allerdings ohne Koma trotz 168 E. I. Schon am Vortag bemerkte man etwas verzögertes, d. h. länger als 30 Minuten dauerndes, Erwachen.

Am 22. 9. 11 Uhr Sonde (150 g Zucker). Noch nach einer halben Stunde verharrt die Kranke im Sopor. Speichelfluß, ruhiges Atmen. Allmählich verschlechtert sich die Atmung, die Inspiration wird erschwert und geräuschvoll. Vor dem halb offen gehaltenen Mund bildet sich Schaum. Die Gesichtsfarbe ist sehr blaß. 12 Uhr: Die Lidspalten sind halb offen, die Bulbi nach unten gedreht. Die Pupillen, mäßig weit, reagieren auf Lichteinfall. Puls rasch, leicht zu unterdrücken. Patellarsehnenreflex beiderseits gesteigert, Babinski und Oppenheim beiderseits +. Auf Weckreize reagiert die Kranke, nimmt auch etwas Zucker zu sich, verschluckt sich dann aber. Deshalb werden 30 ccm einer 50%igen Traubenzuckerlösung intravenös gespritzt. Die Kranke wird sofort wach und bleibt klar.

Das sofortige »schlagartige« Erwachen nach der Traubenzuckerinjektion beweist, daß die Benommenheit in diesem Fall durch ungenügende Zuckerzufuhr hervorgerufen war. Bei 168 E. und einem Körpergewicht von 72 kg hatte die übliche Zuckermenge von 150 g nicht mehr ausgereicht, um den Blutzuckerspiegel bis zur Norm zu heben. Wir zogen hieraus die Folgerung, in solchen Fällen statt 150 g 200 g Zucker zu geben.

Digitized by Google

XI. Nachschock.

Schon *Sakel* hat vor der Möglichkeit des »Nachschocks«, einer nach mehreren Stunden neu eintretenden zweiten Hypoglykämie, gewarnt. Bei uns hat sich folgender Fall zugetragen:

Ri., 42jährige Kranke, der wegen ihres negativistischen Verhaltens das Essen eingelöffelt werden muß. Die Kur verläuft bis zum Tag des Zwischenfalls ohne Schwierigkeiten. An diesem Tage erfolgte um 11 Uhr im Koma die gewöhnliche Sondenunterbrechung mit 150 g Zucker. Als die Pflegerin um 15 Uhr die Kranke, die auch sonst unzugänglich im Bett gelegen hat, zum Aufstehen auffordert, bemerkt sie, daß diese sich nicht rührt. Der herbeigerufene Arzt findet sie wie leblos im Bett. Aus dem Mund läuft zähflüssiger Speichel, die Augen sind geschlossen, die Gesichtsfarbe ist sehr blaß. Die nähere Untersuchung ergibt: Pupillen klein, reagieren aber auf Lichteinfall. Krampfhafte Fixierung beider Augen nach rechts unten wie bei organisch bedingter Déviation conjuguée; Hervortreten der Bulbi. Atmung tief und langsam. Puls sehr beschleunigt, leicht unterdrückbar. Die Extremitäten sind gestreckt. Die oberen werden zeitweilig ausgestreckt, bleiben eine Weile steif, um sich dann wieder zu lösen. Patellarsehnenreflexe beiderseits vorhanden. Babinski und Oppenheim beiderseits +. Keine Reflexdifferenzen. Gleichartige Beteiligung beider Körperhälften an den Krämpfen, keine Verschiedenheit des Tonus zwischen rechts und links. Diagnose: Hypoglykämisch bedingtes Koma. Therapie: Einführung der Sonde, 150 g Zucker. Nach kurzer Zeit normales Erwachen.

Der ursächliche Zusammenhang hat sich nachträglich geklärt: Nach ordnungsgemäßer Zuckerzufuhr und nachfolgendem vielleicht unvollkommenem Frühstück hatte die Kranke sich beim Mittagessen gegen das Einlöffeln des Essens sehr stark gewehrt, so daß diese Zufuhr nicht genügt hatte, um den »Nachschock« zu verhüten.

Es findet sich hier die Erfahrung der Wiener Autoren bestätigt, daß bei Aufhebung des hypoglykämischen Zustandes nicht nur auf genügende Zuckerzufuhr zu achten ist, sondern auch darauf, daß der Kranke hinterher genügend ißt. Das Pflegepersonal muß streng dazu angehalten werden, die Kranken auch nachmittags im Auge zu behalten. Keinesfalls darf ein Kranker unkontrolliert beiseite geschoben werden. Ungenügendes Essen am Mittag muß gemeldet werden.

XII. Nachdauernde Benommenheit.

Fall Bi., 33jährige Frau. Depressiv-hypochondrisches Zustandsbild. Beginn der Kur am 26. 7. Am 31. 8. 72 E., Koma. Um 11 Uhr Sonde, 150 g Zucker. Nach einer Stunde wird die Kranke langsam wach. Auf Fragen sind keine Antworten zu erhalten. Erst nach längerem Zureden nimmt sie Nahrung zu sich. Am Nachmittag ist noch immer eine leichte Schläfrigkeit vorhanden, die Kranke sitzt dösig herum, geht nicht wie sonst zur Arbeit in die Gemüseküche. Gegen Abend Besserung.

Diese bis in den späten Nachmittag dauernde, dann aber ver-

Digitized by Google

schwindende Bewußtseinstrübung hat als leichtester Anflug von »nachdauernder Benommenheit« zu gelten. Es ist anzunehmen, daß das Koma irgendeine geringfügige zerebrale Schädigung zurückgelassen hatte. Eine übermäßige Liquorsekretion könnte ähnliche Symptome machen.

Eine schwerere Störung derselben Art zeigt Fall Ar.:

28jähriges Mädchen, kataton-stuporös. Beginn der Kur am 16. 7. 36. Am 3. 9. 60 E., Koma. Um 11 Uhr Sonde und 200 g Zucker. Nach einer halben Stunde noch keine Zeichen beginnenden Erwachens. Vor dem Mund bildet sich Schaum. Die Gesichtsfarbe wird blaß. Die Pupillen sind mittelweit, der Blick ist leer, der Puls fliegend, leicht zu unterdrücken. Im ganzen ein bedrohliches Bild. Es werden 80 ccm Traubenzucker und 7,5 ccm Coramin intravenös gespritzt. Danach wird die Kranke in etwa 10 Minuten einigermaßen wach. Sie zeigt eine leichte motorische Unruhe bei auffallend schlaffem Tonus der Gesamtmuskulatur. Abends: Temperatur 38,7, Puls 96, RR 90/65.

Die Kur wird für drei Tage unterbrochen. Schon am folgenden Tag waren Temperatur und Puls wieder normal, und es bestand keine Benommenheit mehr.

Zweifellos war hier die bestehenbleibende Benommenheit nicht die Folge mangelhafter Zufuhr oder Resorption der Kohlehydrate, denn sonst hätte die intravenöse Traubenzuckerzufuhr den Zustand sofort beseitigen müssen. Man muß vielmehr annehmen, daß irgendeine leichte Schädigung des Zentralnervensystems eingetreten war, so daß der durch die Hypoglykämie bedingte Zustand der Bewußtlosigkeit nicht mehr voll umkehrbar war. Weitere Zuckerzufuhr kann in solchen Fällen nichts mehr nützen; es müssen zentral angreifende Weckmittel wie Koffein und Coramin angewendet werden.

Daraus ergab sich für uns die Regel: Bei unvollständigem Erwachen zunächst Traubenzucker intravenös. Führt das nicht zu vollem Erwachen, dann Koffein, Coramin und dergleichen.

Den schwersten Fall derselben Art erlebten wir bei Frau Ba.:

28jährige Frau von pyknischem Habitus. Läppisches Wesen mit unzusammenhängenden Wahnideen. Beginn der Kur am 26. 7. 36. Am zehnten Tag: 56 E. Um 8.25 Uhr myoklonische Zuckungen und Schwitzen. 9.40 Uhr Koma mit starken tonischen Krämpfen, 10.30 Uhr Sonde, 150 g Zucker. Die Krämpfe halten an, werden von 11 Uhr ab immer heftiger, erreichen eine Intensität, wie man sie im epileptischen Anfall nach Abklingen des tonischen Krampfstadiums sieht. Da sie nicht aufhören, wird angenommen, daß der intrastomachal gegebene Zucker nicht genügend resorbiert wurde. Deshalb 11.30 Uhr 80 ccm Traubenzucker intravenös. Kein Nachlassen der Krämpfe, kein Wachwerden. Es mußte nun eine durch die lange Dauer der Bewußtlosigkeit gesetzte Hirnschädigung in Betracht gezogen werden; daher anschließend 11.45 Uhr 3 ccm Coramin intramuskulär. Nach wenigen Minuten gleichzeitig Nachlassen der Krämpfe und leichte Aufhellung des vorher völlig aufgehobenen Bewußtseins. Abends Temperatur 38, Puls 92. Im-

Digitized by Google

mer noch leichte Benommenheit. 17.30 4 ccm Ol. Camph. + 2 ccm Transpulmin. 18.30 Uhr nochmals 3 ccm Coramin. Bewußtsein noch stark getrübt. Am nächsten Morgen ist die Kranke noch sehr schläfrig, aber weckbar und orientiert. Temperatur 36,5, Puls 76. Völlige körperliche Erholung erst nach 3 Tagen. Aussetzen der Behandlung für 11 Tage.

Der Zustand war natürlich während seines Bestehens recht beunruhigend. Es zeigte sich aber später etwas für uns damals noch sehr Überraschendes: Die Benommenheit und die ihr zugrunde liegende Hirnschädigung verschwand nicht nur vollständig, sondern der ganze Vorfall führte unmittelbar zu einer ganz wesentlichen Besserung der Schizophrenie der Kranken. Sie wurde nach 11 Tagen von neuem mit Insulin behandelt und konnte, nachdem später noch zwei epileptische Anfälle aufgetreten waren, zwei Monate nach Beginn der Kur als weitgehend gebessert entlassen werden.

Dieser Fall nimmt eine Sonderstellung ein. Außer tiefster Benommenheit bestanden heftigste Krämpfe. Der Fehler, den wir gemacht hatten, bestand offenbar darin, daß wir die Kranke zu lange, nämlich von 9.40 Uhr bis 10.30 Uhr, d. h. 50 Minuten, in einem von starken Krämpfen begleiteten Koma gelassen hatten, was zur Folge hatte, daß dieses seine Umkehrbarkeit einbüßte. Wir haben deshalb aus diesem Fall die Schlußfolgerung gezogen, ein Koma mit starken tonischen Krämpfen im allgemeinen nicht länger als $^1/_2$ Stunde bestehen zu lassen.

XIII. Magen-Darmstörungen.

Sakel beobachtete bei seinen Kranken eine »Insulinobstipation«, der er mit Karlsbader Salz entgegenwirkte. Gelegentlich fand er auch Durchfälle. Ferner berichtet er von Erbrechen nach protrahierten Schocks mit der Gefahr des Verschluckens.

Auch bei uns traten öfters Komplikationen von seiten des Magen- und Darmkanals ein. Mehrere Kranke klagten über Brechreiz, besonders im Stadium des Erwachens. Erbrechen konnte durch zu hastiges oder vorzeitiges Frühstücken hervorgerufen werden. Nur einmal wurde während der Hypoglykämie in benommenem Zustand erbrochen.

Die »Insulinobstipation« behandelten wir mit abführendem Tee. Durchfälle, meist galliger Art, fanden wir nicht selten im Anfang der Kur. Bei schonender Weiterbehandlung verschwanden sie wieder. Eine einzige Kranke bekam so schwere Magen- und Darmstörungen, daß die Kur abgebrochen werden mußte.

Bu., 32jährige Köchin, Gewicht 52 kg. Beeinträchtigungs- und Versündigungsideen. Glaubte, sie würde vergiftet; aß schon vor Beginn der Kur sehr wenig, erbrach zwischendurch immer wieder. 13. 7. 36 Beginn der Kur. Bis zum 18. Tag der Behandlung 13 Komata. Das Allgemeinbefinden war

Digitized by Google

gut, es bestanden jedoch von Anfang an leicht subfebrile Temperaturen, und die Kranke wurde im Koma etwas zyanotisch. Am 18. Tag mußte vorzeitig unterbrochen werden. Temperatur morgens 37,7, abends 38,4. Blutkörperchensenkung stark beschleunigt, leichte Leukozytose. Über der linken Lungenspitze leichte R. g. Absetzen der Behandlung. Wegen unzureichender Nahrungsaufnahme Sondenernährung, dabei Erbrechen und Durchfälle. Weiterhin täglich Sondenernährung, meist mit nachfolgendem Erbrechen. 12. 8.: Da die Sondenernährung trotz Beimischung von Atropin und Chloroform zu Erbrechen führt, bekommt die Kranke täglich 2×100 ccm einer 50%igen Traubenzuckerlösung intravenös. 14. 8.: Starker Rückgang der körperlichen Kräfte, sehr reduzierter Ernährungszustand, Gewicht 47 kg. 21. 8.: Normale Temperatur bei dauernd beschleunigtem Puls. Die Kranke nimmt jetzt kleine Mengen Milch, Zitronensaft und Dextropurlösung, Ei und Rotwein zu sich. Nährklystiere. Immer noch Neigung zu Erbrechen. 31. 8.: Besuch des Internisten: Keine Druckempfindlichkeit des Bauches, findet andererseits den Befund über der linken Lungenspitze unverändert gegen früher. (Inaktiver tuberkulöser Prozeß.) Als Ursache der Magen-Darmstörung wird eine Hepatitis angenommen, entstanden durch Fortsetzung der Insulinkur bei unzureichender Nahrungsaufnahme und trotz beginnender Warnungssignale von seiten des Magen-Darmkanals. 3. 9.: Blutzucker 64 mg%. 3. 10.: Weitere Gewichtsabnahme bis auf 39 kg.

Auch in den folgenden Wochen keine wesentliche Erholung trotz einigermaßen ausreichender Nahrungsaufnahme. Immer noch Neigung zu Durchfällen.

Anscheinend wurde hier eine bis heute (Anfang 1937) noch nicht behobene Dauerschädigung erzeugt dadurch, daß dem Körper noch die Verarbeitung des Insulins zugemutet wurde zu einer Zeit, wo die Verdauung schon durch Magendarmstörungen beeinträchtigt war.

Wir sind seit dieser Erfahrung sehr vorsichtig mit Kranken, die während der Kur nicht bald dazu gebracht werden können, spontan genügend zu essen.

XIV. Temperatursteigerungen.

In mehreren Fällen trafen wir abendliche Temperatursteigerungen bis axillar 37,5 und sogar über 38 an. Es zeigte sich fast durchgehend, daß diese Steigerungen am nächsten Morgen wieder vollkommen verschwunden waren. Während wir sie anfänglich bei beschwerdefreien Kranken mit gutem Allgemeinbefinden für bedenklich hielten, gingen wir später folgendermaßen vor: Stieg die Temperatur abends bis auf 37,5 als Höchstgrenze, so ließen wir die Dosis bestehen, wenn am nächsten Morgen eine Temperatur unter 37,0 gemessen wurde. Betrug die Temperatur abends mehr als 37,5, so schalteten wir einen Schontag ein.

Es ist uns ferner aufgefallen, daß in der Behandlungszeit verhältnismäßig viel Anginen auftraten. Bei 7 Kranken mußte die Kur deswegen vorübergehend abgebrochen werden. Auch die Häufigkeit von Furunkeln und Hordeolen wäre zu

Digitized by Google

erwähnen. Es hat den Anschein, als ob die Insulinkur eine Neigung zu eitrigen Prozessen begünstige.

XV. Sonstiges.

Vier Kranke hatten vorübergehende Glykosurien bis 0,6 mg%. Diese Erscheinung wird von *Sakel* erwähnt und als unbedenklich angesehen. Sie wurde daher auch von uns bei der Dosierung nicht berücksichtigt.

Eine wöchentliche Urinkontrolle ist notwendig, weil nach unseren Beobachtungen durch vielfach wiederholte Komata Eiweißausscheidungen entstehen können, die Berücksichtigung fordern.

Zusammenfassung.

Die Schwierigkeiten und Gefahren, denen wir bei der Insulinbehandlung begegneten, deckten sich im allgemeinen mit denen, auf die schon *Sakel* und *M. Müller* in ihren Arbeiten hingewiesen haben. Sie erwiesen sich keineswegs als so groß, daß ihretwegen ein Verzicht auf die Insulinbehandlung, die einen großen therapeutischen Fortschritt darstellt, in Frage kommen könnte.

Abweichungen von den genannten Autoren oder neue Einsichten ergaben sich in folgenden Punkten:

1. Wir fanden eine genaue Bestimmung des Komabegriffs notwendig.

2. Unsere Pulszählungen ergaben in Übereinstimmung mit *Sakel* eine Tendenz zur Pulsverlangsamung im hypoglykämischen Zustand, sofern er nicht von motorischen Erscheinungen begleitet ist, ferner ein wellenförmiges An- und Abschwellen der Frequenz im Stadium der anfänglichen Blutzuckersenkung.

3. In Übereinstimmung mit *M. Müller* fanden wir keinen deutlichen Zusammenhang zwischen dem Ausbleiben des Schwitzens und dem Auftreten eines epileptischen Anfalls.

4. Ebenso fanden wir keinen deutlichen Zusammenhang zwischen Insulinresistenz und Krankheitsdauer.

5. Bei epileptischen Anfällen scheint uns eine Unterbrechung durch intrastomachale Zuckerzufuhr ausreichend.

6. Für die Dosierung ist die Unterscheidung zweier wesensverschiedener Vorgänge, der Sensibilisierung und der Adaptation, wichtig.

7. Die epileptischen Anfälle verteilen sich so auf die Zeit der Hypoglykämie, daß man ursächlich drei Gruppen unterscheiden kann: a) Anfälle, die durch die anfängliche rasche Senkung des Blutzuckerspiegels hervorgerufen werden, b) Anfälle, die als End-

Digitized by Google

ergebnis gehäufter myoklonischer Zuckungen aufttreten, c) Anfälle, die das Endergebnis übermäßig lange wiederholter mit tonischen Krämpfen verbundener Komata sind.

8. Bei hohem Körpergewicht und großer Insulinresistenz genügen 150 g Zucker nicht mehr zur sicheren Unterbrechung der Hypoglykämie.

9. Übermäßig lange Ausdehnung der Komata bringt die Gefahr nachdauernder Benommenheit mit sich.

10. In einem Fall von nachdauernder Benommenheit wirkte Coramin nicht nur weckend, sondern auch krampflösend — ein Hinweis darauf, daß zwischen Bewußtsein und Krämpfen ein Antagonismus besteht. Eine Erniedrigung des Bewußtseinsniveaus läßt Krämpfe entstehen, eine Wiedererhöhung unterdrückt sie.

11. Die Insulinkur scheint während ihrer Dauer die Widerstandskraft gegen Infektionen herabzusetzen.

Zum Schluß möchte ich nicht versäumen, Herrn Professor Dr. *Küppers* für die Überlassung der Arbeit und die gütige Unterstützung bei ihrer Durchführung meinen herzlichsten Dank zu sagen. Ebensosehr danke ich Herrn Direktor Dr. *Roemer* für die Erlaubnis, in der Heil- und Pflegeanstalt Illenau i. B. den praktischen Teil meiner Arbeit ausführen zu dürfen.

Schrifttum:

1. *Dussik* u. *Sakel:* Ergebnisse der Hypoglykämieschockbehandlung. Z. Neur. Bd. 155, S. 351. 1936.
2. *Küppers, E.:* Die Insulinbehandlung der Schizophrenie. D. m. Wschr. 1937, H. 10.
3. *Sakel, M.:* Neue Behandlungsmethode der Schizophrenie. Wien u. Leipzig, 1935.
4. *Müller, Max:* Die Insulinschocktherapie der Schizophrenie. Schweiz. med. Wschr. 66. Jg., S. 929. 1936.
5. *Hadorn, W.:* Das Herz im Insulinschock. Schweiz. med. Wschr. 66. Jg. Nr. 39. 1936.

Digitized by Google

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Köln.
Direktor: Professor Dr. *Max de Crinis.*

Zur Frage der exogenen Verursachung von Psychosen.

Von

Oberarzt Dr. **Hermann Stefan.**

Auszug aus der Habilitationsarbeit.

Eingereicht zur Erlangung der Würde eines Dr. med. habil.
in der Medizinischen Fakultät der Universität Köln.

Die Klinik und die Ursache einer Krankheit sind in ihrer Gegenüberstellung das wichtigste Forschungsziel. Es gilt dies ganz besonders für die Geisteskrankheiten, über deren Auffassung lange Zeit bei den Ärzten und auch heute noch bei dem Laienpublikum eine große Unklarheit geherrscht hat, und es ist unsere Aufgabe, vollständige Klarheit in die vielgearteten Psychosen hineinzubringen. Insbesondere heute, wo das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 bei der Beurteilung von Diagnosen von einschneidender und weitgehendster Bedeutung ist, muß der Psychiater und Neurologe bei Stellung der Diagnose sehr großen Wert darauf legen, die erblich verursachten Krankheiten von den exogen bedingten Geisteskrankheiten zu unterscheiden.

Die vielfachen Wandlungen, die die Anschauung über das Wesen und die Ursache der Geisteskrankheiten im Laufe der Zeiten erfahren haben, lehren uns das am besten. Nach der Ansicht *E. Meyer*s ist es gut, sich daran zu erinnern, daß zu allen Zeiten Gegensätze bei der Beurteilung aller Krankheiten hinsichtlich ihrer Entstehung und ihrer Behandlung aufeinandergestoßen sind.

Die Entstehungsursachen der Geisteskrankheiten sind äußerst zahlreich und vielgestaltig. Man kann sie nach verschiedenen Gesichtspunkten ordnen. Am zweckmäßigsten ist vor allem die Einteilung nach einer exogenen und endogenen Verursachung.

Freilich ist diese Einteilung keineswegs vollkommen und scharf, da fast bei allen psychisch-nervösen Erkrankungen endogene wie exogene Momente beteiligt sind. Bei manchen Einflüssen kann man auch im Zweifel sein, ob sie als innere oder äußere zu bewerten sind, und dies insbesondere dann, wenn es sich um im Körper selbst gebildete Stoffwechselgifte handelt. Wenn wir dazu den ganzen Organismus im Auge halten, so wird man sie als innere

Digitized by Google

oder endogene Ursache betrachten. Geht man aber, wie dies auch in der Regel geschieht, vom Gehirn aus, so muß man sie als äußere oder exogene Ursache bewerten.

Von den endogen bedingten Krankheitszuständen, also von erblich bedingten Geisteskrankheiten, sei in dieser Arbeit nicht die Rede.

Die exogenen Faktoren teilen wir nach den Vorgängen in solche körperlicher und sensugener Art ein, und zwar erstere wieder in solche des eigenen Körpers und in solche, die von außen an den Körper herantreten. Die exogenen Faktoren im ersteren Sinne umfassen die von außen an den Körper herantretenden Schädigungen, nämlich die Intoxikationen, die Infektionen, die traumatischen Schädigungen, die klimatischen und die beruflichen Einflüsse.

Eine grundlegende Änderung brachte seinerzeit die Lehre von den exogenen Reaktionstypen *Bonhoeffers*. Bei den exogenen Reaktionstypen zeigt es sich, daß hier vor allem das Bewußtsein, die Aufnahmefähigkeit sowie die Merkfähigkeit gestört sind, woraus besonders deliröse, amentiaartige amnestische Syndrome hervorgerufen werden. *Bonhoeffer* unterstreicht dabei den Grundgedanken, daß keine psychischen Krankheitssymptome und keine psychischen Syndrome eindeutig einen Schluß auf eine ganz bestimmte Noxe zulassen.

Nach der Auffassung von *Stertz* über den Aufbau der Syndrome und die Eigenart der psychotischen Syndrome sowie ihre Beziehung zu den Krankheitsvorgängen im Körper ist zu bemerken, daß die seelisch-körperliche Funktionskette für die Entstehung der Psychose von Bedeutung ist. Das Gehirn als ein selbständig funktionierendes Organ anzusehen und ihm allein als Substrat der seelischen Erkrankungen die maßgebende Rolle zuzuerkennen, ist nicht gerechtfertigt. Die Hirnrinde mußte physiologisch ihr Primat an den Hirnstamm abgeben, wo nun, nach den Anschauungen von *Küppers, Reichardt* und *Kleist* die wesentlichsten Eigenschaften und Strebungen der Seele, welche die Persönlichkeit ausmachen, lokalisiert zu denken sind. Aber vielleicht wird auch der Hirnstamm seine Herrschaft nicht behaupten können, wenn wir bedenken, daß nach der Anschauung von *Stertz* die Kraftquelle der Seele in der Tiefe der Gesamtkonstitution, im Soma, zu suchen ist. »Das Gesamtsystem, welches in der Einheit der Seele seinen Ausdruck findet, umfaßt danach drei verschiedene Etappen: Soma-Stamm-Rinde. Dem Soma mit Einschluß des Endokriniums entstammen die tonisierenden Kräfte, welche die Apparate des Seelischen funktionsbereit machen. Im Stamm hat man ein Organ zu sehen, welches das Energiebedürfnis der psycho-physischen Rindenfunktion mit den Energiequellen des Soma in eine ausgleichende Beziehung setzt. Die Hirnrinde stellt in diesem System gewisser-

Digitized by Google

maßen das seelische Erfolgsorgan dar. Diese drei Hauptetappen stehen in gegenseitiger Wechselbeziehung. Ohne die tonisierende Kraftquelle des Soma würden die anderen Systemanteile brach liegen, aber seitens der psychischen Sphäre wird wiederum ein Einfluß auf die Energieproduktion ausgeübt, welcher dem jeweiligen Bedürfnis entspricht.«

Unter diesem Gesichtspunkt ist die Beziehung von Krankheitsvorgang und Krankheitssyndromen bei den symptomatistischen Psychosen zu verstehen.

Zu einem Gemeinverständnis der hier obwaltenden Lehre werden wir nach *Weygandt* erst dann gelangen, wenn wir die Störungen und die Erscheinungen als das Ergebnis einer biologischen Reaktion zwischen den Schädigungen und dem Organismus auffassen, wobei die jeweilige Konstitution des Organismus beim Zustandekommen der psychischen Störungen eine große Rolle spielt. Es spielt ohne Zweifel auch bei der symptomatistischen Psychose die Erbanlage eine große Rolle, worauf ich später zurückkommen werde.

Daß der Alkohol bei der Verursachung von exogenen Psychosen eine große Rolle spielt, ist bekannt und braucht nicht besonders hervorgehoben zu werden. Bei der Alkoholwirkung ist am deutlichsten eine spezifisch toxische Wirkung auf das Gehirn zu beobachten.

Bei einer Durchsicht der Krankenblätter der Klinik wurden 95 Fälle von krankhaften Rauschzuständen gefunden, die nach ihren klinischen Erscheinungsformen folgende Einteilung ergeben haben. Bei der Sichtung dieser Krankenblätter zeigt es sich, daß diese Kranken gewohnheitsmäßig reichlich bis sehr viel Alkohol konsumiert haben, und daß sich der krankhafte Rausch nach dem Genuß von mehr oder minder großen Mengen von Alkohol entwickelte. Nur bei 4 Kranken kam es bereits nach dem Genuß von kleinen Mengen Alkohol zu diesen symptomatischen Zuständen, woraus der Schluß gezogen werden kann, daß, wie früher angenommen wurde, die Mengen des Alkohols nicht unbedingt kennzeichnend für den pathologischen Rausch sein müssen.

Innerhalb des gesichteten Materials finden sich folgende klinische Formen: 43 Fälle von epileptoider Form des path. Rausches, 47 Fälle von delirösem path. Rausch, 3 Fälle von transitorischer Alkoholpsychose, ferner 2 Fälle von Rauschdämmerzuständen.

Es wird eine charakteristische Morphiumpsychose nach langjähriger und intensiver Morphiumintoxikation mit psychotischen Zügen vom Bild einer Halluzinose, Wahnideen, epileptiformen Anfällen, deutlicher Abnahme des Gedächtnisses und der gesamten Intelligenz, Herabsetzung der Gesamtfunktion der Seele und mit den Zeichen einer vollkommenen Tetraplegie als Ausdruck einer

Digitized by Google

Rückenmarksschädigung beschrieben. Ferner werden 2 Fälle akuter Pilzvergiftung beschrieben, wobei es in einem Falle zu einer akuten, ausgeprägten Halluzinose mit Sinnestäuschungen und Wahnideen gekommen ist.

In diesem Rahmen wird an Hand von früheren und neuen Beobachtungen auf die Tuberkelbazillentoxinwirkung hingewiesen. Nach den heute herrschenden Ansichten betr. der Ätiologie der Intoxikationspsychosen glauben wir in Übereinstimmung mit *Hartmann* die Wirksamkeit lebender Krankheitserreger, in unserem Falle der *Koch*schen Bazillen, vor allem ihren giftigen Ausscheidungen, den Toxinen, zuschreiben zu dürfen. In der Tat sprechen die tuberkulöse Anamnese, die Erscheinungsformen, sowie der ganze Verlauf des infektiösen Irreseins durchaus für die Annahme einer Vergiftung. Der Nachweis der Toxämie ist die Bestätigung unserer Annahme. Allein, es ist wohl sicher, daß außer den Toxinen im Verlauf der Krankheit noch allerlei andere Gifte entstehen können. Es bilden sich außerdem durch die schädigende Einwirkung der Tuberkelbazillen auf die Körpergewebe giftige Abbaustoffe. Weiterhin entstehen im Abwehrkampf Autotoxine, die möglicherweise ungewöhnliche, für das Nervengewebe nicht gleichgültige Blutbestandteile enthalten. Außer Zweifel gelangen bei der Zersetzung und Resorption krankhafter, durch die Infektion bewirkter Ausscheidungen (Zerfallsprodukte und Toxine) unter Umständen große Mengen von Giftstoffen in das Blut, die auf das Zentralnervensystem sowie auf das Blutgefäßsystem eine reizende und zugleich schädigende Wirkung auszuüben vermögen, als deren klinisches Symptomenbild eine Psychose resultieren kann.

Ferner wird auf eine neue Beobachtung hingewiesen, die ich bei tuberkulösen Schizophrenen zu machen Gelegenheit hatte. Es handelt sich bei diesen Fällen nicht um ausgesprochene tuberkulöse Psychosen, sondern um typische Schizophrene, in deren Krankheitsverlauf plötzlich eine offene Lungentuberkulose zum Ausbruch kam und bei denen möglicherweise unter dem Einfluß des tuberkulösen Virus in allen 9 Fällen ein charakteristisches katatones Zustandsbild sich entwickelte. Es ist also durchweg vorstellbar, daß nicht nur der akute halluzinante Symptomenkomplex, sondern auch der katatone Zustand in einen ursächlichen Zusammenhang mit der Tuberkulose zu bringen ist.

Hinsichtlich der beschriebenen Krebspsychosen läßt sich sagen, daß die Krebspsychose einen Sonderfall der symptomatischen Psychose darstellt, wobei es im wesentlichen zu Halluzinationen, zu amentiaartigen Zustandsbildern, zu deliranten Symptomen kommt, die sich in die exogenen Reaktionstypen von *Bonhoeffer* nicht einreihen lassen. In einem Falle wurde auch ein paranoides Syndrom beobachtet. In der Mehrzahl der Fälle hält

Digitized by Google

die ausgebrochene Krebspsychose bis zum Tode an und zeigt bis zum Exitus Remissionen. Die Diagnose Krebspsychose läßt sich aus dem rein psychischen Bilde nicht stellen, sondern sie ist stets an die körperliche Erscheinung des Karzinoms gebunden. Die bei Krebspsychose auftretende Bewußtseinsstörung wird gleichfalls in die Hirnrinde verlegt, wobei die Zellschädigung in der Hirnrinde sowohl auf die direkte Wirkung des Krebses als auch im Sinne der Inanition (körperlich) und auf die Wirkung des Stoffwechselgiftes im Sinne der ätiologischen Zwischenglieder nach *Bonhoeffer* zurückzuführen ist.

Abschließend werden die verschiedenen Theorien über die symptomatische Psychose nach der Ansicht von *Kraepelin*, *Bonhoeffer*, *Stertz* und *Seelert* erörtert.

Digitized by Google

Eheanfechtung (§ 1333 BGB.) und Schizophrenie*).

Von

Ernst Schultze.

Jedes neue Gesetz stellt den Praktiker wie Theoretiker vor neue Aufgaben. Und das gilt nicht nur hinsichtlich des Juristen, sondern auch des Mediziners, sofern das neue Gesetz Gebiete ärztlichen Charakters umfaßt oder auch nur berührt. Ich brauche nur auf das Gesetz vom 14. 7. 1933 (zur Verhütung erbkranken Nachwuchses) zu verweisen, das vielen ärztlichen Zeitschriften Aufsätze bisher kaum bekannten Inhalts zugeführt hat, ja ganz neue Zeitschriften hat entstehen lassen, dem geradezu eine heuristische Bedeutung zukommt. Das galt auch, wenn auch natürlich nicht in dem Maße und demselben Umfange, von dem BGB., schon im Hinblick auf sein Wesen und seinen Zweck.

Ich bin wohl einer der wenigen heute noch lebenden Psychiater, der sich schon sehr frühzeitig mit dem BGB., bereits mit seinen Vorarbeiten, befaßt hat. Von allen den Fragen, die sich dem Psychiater bei der Beschäftigung mit diesem Gesetzeswerk aufdrängen, hat mich kaum eine von Anfang an so gefesselt wie die Anfechtung der Ehe, weniger die wegen Täuschung, § 1334, als die wegen Irrtums, § 1333[1]). Stellen doch diese Paragraphen den ärztlichen Sachverständigen vor Fragen, die ihm sonst kaum begegnen und die eines wissenschaftlichen Reizes nicht entbehren. Das war auch der Grund, warum ich in dem Kreise der rheinischen Psychiater bereits 1898, also einige Jahre vor dem Inkrafttreten des BGB., über diese Gesetzesbestimmungen gesprochen und später auch an den verschiedenen Landgerichten der Rheinprovinz vor Juristen berichtet habe.

Das veranlaßte wohl auch einen Fabrikanten zu Beginn des Jahrhunderts, mich um meinen Rat zu bitten. Seine Gattin war kurz

*) Auszugsweise vorgetragen am 1. II. 1937 in der gemeinsamen Sitzung des N. S.-Rechtswahrerbundes und des N. S. D.-Ärztebundes Göttingen.

[1]) § 1333: Eine Ehe kann von dem Ehegatten angefochten werden, der sich bei der Eheschließung in der Person des anderen Ehegatten oder über solche persönliche Eigenschaften des anderen Ehegatten geirrt hat, die ihn bei Kenntnis der Sachlage und bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe von der Eingehung der Ehe abgehalten haben würden.

Digitized by Google

nach der Eheschließung an einer ausgesprochenen Schizophrenie[2]) erkrankt und deshalb in einer Irrenanstalt untergebracht. Er wünschte eine Trennung der Ehe. Der Hinweis der Anwälte auf die Möglichkeit der Ehescheidung sagte ihm wenig zu, einmal, weil er noch mindestens zwei Jahre hätte warten müssen, dann aber auch wegen der Unsicherheit des Ausgangs eines solchen Rechtsstreites, da er befürchtete, die Aufhebung der geistigen Gemeinschaft würde in der Rheinprovinz gar zu enge aufgefaßt; ich darf daran erinnern, daß sie, freilich nur in der ersten Zeit, von dem Oberlandesgericht Köln (23. III. 1901, Das Recht 1901, Nr. 1181) dem geistigen Tod gleichgestellt wurde. Er erzählte mir, daß seine Frau schon vor der Ehe mancherlei psychische Anomalien gezeigt habe, die ich als die ersten Anzeichen der Schizophrenie ansprechen zu sollen glaubte. Ich riet ihm, die Ehe nach § 1333 anzufechten; denn an der Hand der eingeholten Erkundigungen konnte ich feststellen, daß meine Vermutung zutraf. Die 1. und 2. Instanz entschied zu seinen Gunsten. Die Beklagte legte Revision ein und wies vor allem darauf hin, daß ihr Gatte die Anfechtungsfrist nach § 1339 versäumt habe. Gewiß stand fest, daß er schon vor der Heirat Nervenärzte wegen des Zustandes seiner Frau um Rat gefragt hatte; aber ebenso sicher ließ sich feststellen, daß diese die Störungen als gleichgültig, als vorübergehend, als endgültig geheilt und nie wiederkehrend angesehen hatten; man hatte von einer »Neurasthenie«, von »Hysterie«, von einem »nervösen Zusammenbruch« gesprochen. Diese Auffassung konnte ich nicht teilen, und ebensowenig das Urrteil eines anderen Facharztes, der zwar zutreffend dementia praecox diagnostiziert, aber die Störung als harmlos hingestellt hatte. Schon bei seiner ersten Rücksprache mit mir hatte ich ihn vorsorglich und nachdrücklich unter Betonung der Schwere und der schlechten Prognose der Psychose darauf aufmerksam gemacht, daß er nunmehr die Anfechtungsfrist nach § 1339 einhalten müsse; denn erst jetzt war er endgültig aufgeklärt. Meinen Rat hat er auch befolgt; das Reichsgericht entschied ebenfalls zu seinen Gunsten und erklärte die Ehe für nichtig.

Bei dieser Gelegenheit, übrigens auch schon in den früheren Instanzen, konnte ich feststellen, daß die Anwälte über die Möglichkeit einer Anfechtung der Ehe wenig unterrichtet waren. Sie glaubten sogar, ihrem Klienten von der Erhebung der Anfechtungsklage abraten zu sollen, so daß ich in seinem Interesse, fast möchte

[2]) Um allen Mißverständnissen vorzubeugen, betone ich hier ausdrücklich, daß ich unter Schizophrenie nur die endogen entstandene Psychose, die genuine Schizophrenie oder wie man sie sonst nennen mag, verstanden wissen will; bei den Störungen exogenen Ursprungs verwende ich nur den Ausdruck schizophrenieähnliche Erkrankung und vermeide auch mit Absicht die sonst vielfach übliche Bezeichnung symptomatische Schizophrenie.

Digitized by Google

ich sagen, die Schriftsätze, vor allen Dingen für die letzte Instanz, mehr oder weniger selbst entworfen habe. Aber auch in der Folgezeit konnte ich[3]) immer wieder beobachten, daß vom § 1333 nicht in dem Maße Gebrauch gemacht wurde, wie es der Gesetzgeber wohl gewollt hat, daß die Anwälte — das galt aber auch von Ärzten — vielmehr ihm fast aus dem Wege gingen.

Noch nach dem Umbruch begutachtete ich in einem Ehescheidungsprozeß eine Frau, die an epileptischer Demenz litt. Sie hatte die Scheidungsklage erhoben, weil ihr Mann sie mißhandele; er erhob die Widerklage auf Ehescheidung wegen mangelhafter Haushaltsführung, fehlenden Willens, sich in neue Verhältnisse einzuleben usw. In der 2. Instanz wurde ich um ein Gutachten über ihre Verantwortlichkeit für das ihr zur Last gelegte ehewidrige Verhalten gebeten. Sie war so dement, daß man ihr unbedingt § 511 StGB. hätte zubilligen müssen. Ich wies in meinem Gutachten nebenbei, wenn auch natürlich nicht ohne Absicht, darauf hin, daß bei der Klägerin die Epilepsie, es handelte sich um eine typische genuine Epilepsie, die sicher schon mit 16, wenn nicht gar mit 14 Jahren bei ihr aufgetreten war, den Verlauf genommen habe, den wir Nervenärzte nur zu gut kennen, und der jeden Psychiater veranlassen würde und müsse, falls er um Rat gefragt werde, auf das Dringlichste von einer Eheschließung abzuraten. Diesen Hinweis griff der Anwalt des Ehegatten auf, der nun mit seiner erst jetzt erhobenen Anfechtungsklage in wenigen Monaten Erfolg hatte, nachdem der Ehescheidungsprozeß schon fast ebenso viele Jahre gedauert hatte.

Noch unlängst hörte ich von einem Richter an einem Oberlandesgericht, daß er durch eine hingeworfene Bemerkung den Anwalt des Klägers auf die Möglichkeit einer Anfechtung der Ehe hingewiesen hatte; an sie war bisher nie gedacht worden.

Es gibt wohl kaum eine Psychose so häufig Anlaß zu einer Anfechtungsklage, wie die Schizophrenie. Das lehrt auch ein Blick in das Schrifttum, vor allem auch in die Rechtsprechung. Das ist natürlich darin begründet, daß sie eine ungemein häufige Geisteskrankheit ist, dann aber auch darin, daß wohl kaum eine andere Geisteskrankheit so erheblich die Persönlichkeit schädigt und damit eine so tiefgreifende Zerstörung der Ehe herbeiführt. Hierzu kommt noch, daß die Schizophrenie an und für sich, ich brauche nur auf den Gegensatz zur Paralyse, ich betone, vor Einführung der Fieberbehandlung, hinzuweisen, die Lebensdauer der Kranken nicht beeinträchtigt, wenn sie nicht etwa an Tuberkulose, wie das gerade bei Schizophrenie des öfteren der Fall ist, erkranken. Gewiß setzt die Schizophrenie in etwa 70—75% der Fälle

[3]) Hoches Handbuch der gerichtl. Psychiatrie, 2. Aufl., S. 370.

Digitized by Google

vor dem Ende des 3. Lebensjahrzehnts ein und könnte somit einer Eheschließung hinderlich sein. Aber wie oft wird sie verkannt? auch wenn sie nicht in Schüben verläuft, die recht milde, geradezu symptomenarm sein und scheinbar restlos abklingen können, so daß Fehldiagnosen, wie jeder von uns weiß, nur zu häufig sind. Bedenken gegen eine Eheschließung werden nicht laut oder gar unterdrückt, wenn man sich, wie es früher oft genug der Fall war, von der Heirat einen guten Einfluß verspricht. Wiederholt habe ich erlebt, daß die junge Frau, nicht zur Überraschung des meist nicht gefragten Hausarztes, unmittelbar von der Hochzeitsreise oder sogar von der Hochzeitstafel in eine Irrenanstalt gebracht werden mußte. Sprach man doch früher, freilich zu Unrecht, geradezu von einem »nuptialen« Irresein!

Die Erstattung eines Gutachtens bei einer Anfechtung der Ehe wegen Schizophrenie war immer und ist natürlich auch heute sehr leicht, wenn, wie in dem eingangs erwähnten Falle, bereits vor der Eheschließung deutliche Zeichen einer Schizophrenie, selbstverständlich genügt schon ein einwandfreier Schub, aufgetreten sind. In Frage gestellt kann dann höchstens die Einhaltung der Anfechtungsfrist nach § 1339 sein; diese beginnt mit dem Zeitpunkt, in dem der Anfechtungsberechtigte endgültig Kenntnis von dem wahren Sachverhalt erhält, nicht nur von dem Vorhandensein einer Psychose und deren schlechter Prognose, sondern auch von ihrer rechtlichen Bedeutung, wenn auch nicht in ihrem ganzen Umfange, so doch dem Wesen nach.

Schwieriger war aber natürlich die Begutachtung, wenn erst während der Ehe die Schizophrenie in die Erscheinung trat. Der gesunde Ehegatte konnte ein nur zu berechtigtes Interesse an der Lösung der Ehe haben, die er mit einem von ihm als gesund angesehenen Ehepartner geschlossen hatte. Von der Ehescheidung sieht er aus den bereits oben (s. S. 305) erwähnten Gründen ab. Es bleibt dann natürlich nur die Inanspruchnahme der schon bei der Eheschließung vorhandenen Veranlagung zu der später offenkundigen Geisteskrankheit übrig. Mit Recht hebt aber das Reichsgericht[4]) hervor, »daß nicht jede zur Zeit der Eheschließung vorhandene Anlage zur Geisteskrankheit als Anfechtungsgrund im Sinne des § 1333 angesehen werden dürfe«.

Das Reichsgericht[5]) hat sich zu dieser Frage wiederholt etwa folgendermaßen geäußert: Besonders sorgfältiger Prüfung bedarf es, wenn zur Zeit der Eheschließung nur eine, etwa auf erblicher

---

[4]) Vgl. RG. 30. IX. 1935. JW. 1936, S. 179.

[5]) 24. XI. 1910, Warn. Recht 1911, Nr. 85; 28. VI. 1929, JW. 1930, 989; 4. XII. 1933, Warn. Recht 1934, Nr. 11; 18. VII. 1935, JW. 1935, 3097; 30. IX. 1935, JW. 1936, 179; 8. VI. 1936, JW. 1936, 2536.

Digitized by Google

Belastung beruhende konstitutionelle Anlage zu geistiger Erkrankung bestand. Hier ist es als entscheidend bezeichnet worden, ob diese Anlage nach der gewöhnlichen Entwicklung der Dinge notwendig zur Geisteskrankheit führen mußte. § 1333 ist daher für nicht anwendbar erachtet worden, wenn »nur eine unbestimmte Besorgnis« des künftigen Ausbruchs einer Geisteskrankheit bestand, oder wenn der Ausbruch nur für den Fall des Hinzutretens oder des Eintritts besonders ungünstiger oder mißlicher, die Entwicklung der vorhandenen Anlage begünstigenden Verhältnisse zu besorgen war. Hat aber die später tatsächlich ausgebrochene Geisteskrankheit ihren erkennbaren Ursprung in der schon bei der Eheschließung vorhanden gewesenen Anlage, so bedarf es keines weiteren Beweises dafür, daß die Anlage mit Notwendigkeit zum Ausbruch der Geisteskrankheit führen mußte. Es sei denn, daß bestimmte Anhaltspunkte dafür vorliegen, daß besonders widrige Umstände den Krankheitsausbruch ausgelöst haben. Ein Anfechtungsrecht ist insbesondere dann nicht gegeben, wenn der Anfechtende den Krankheitsausbruch durch ehewidriges Verhalten verschuldet hat. In ähnlicher Weise läßt sich natürlich auch der Kommentar der Reichsgerichtsräte zum § 1333 noch in seiner letzten 8. Auflage (1935) aus.

Ich habe mich gutachtlich zu diesen Fragen niemals zu äußern gebraucht. Ich bin dafür sehr dankbar. Denn ich halte es für eine außerordentlich schwierige Aufgabe, im Einzelfall festzustellen, ob die Anlage nach der gewöhnlichen Entwicklung der Dinge notwendig oder auch nur mit höchster Wahrscheinlichkeit zur Geisteskrankheit führen mußte. Dieser Aufgabe des Sachverständigen gegenüber spielt die sichere Stellung der Diagnose kaum eine Rolle. Man muß sich doch die Frage vorlegen: Was versteht der Gesetzgeber unter einer Anlage? Wie weit dehnt er diesen Begriff aus? Was versteht er unter gewöhnlicher Entwicklung der Dinge? Wenn auch nicht der Nachweis der Notwendigkeit des Zusammenhangs immer verlangt wird, so macht doch schon der Nachweis der mehr oder minder großen oder höchsten Wahrscheinlichkeit, der »begründeten Besorgnis«, »also nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft und aller Regel«, mit der man sich später im Hinblick auf die Bedeutung der Ehe für die Volksgemeinschaft begnügte, sicher oft Schwierigkeiten. Daß die Anlage im Einzelfalle zu der Geisteskrankheit geführt hat, läßt sich gewiß schon eher feststellen, und darüber können vielleicht weniger Zweifel obwalten. Aber mußte sie das? Wissen wir doch, und erfahren es tagtäglich, daß auch bei vorhandener Anlage die Krankheit nicht immer in die Erscheinung zu treten braucht. [Für die Nächstbeteiligten vielleicht ein Glück? Ob auch für die Allgemeinheit?] Warum, ist im gegebenen Falle nicht immer ersichtlich. Der Beklagte wird natürlich den Einwand

Digitized by Google

erheben, schlechte Behandlung durch den Gegner, also ein ehewidriges Verhalten seines Partners, habe ihn krank gemacht. Aber es ist doch im höchsten Grade fraglich, ob wirklich äußere Schädigungen dieser Art gerade bei der Entstehung und dem Verlaufe der Schizophrenie eine wesentliche, entscheidende Rolle spielen. Das haben die Erfahrungen des Weltkrieges, auf die ich nicht weiter einzugehen brauche, sattsam gelehrt. Und vor allem liegt dann ja noch immer wieder, worauf übrigens anscheinend nur wenig Bezug genommen wurde, gerade hier der Einwand nahe und ist nur zu berechtigt, daß das ehewidrige Verhalten des Klägers, von einem ehebrecherischen Verhältnis abgesehen, durch die schon beginnende, vielleicht bereits lange bestehende, aber nicht nur von der Umgebung, sondern vielleicht sogar auch vom Hausarzt verkannte Psychose ausgelöst sein mag.

Mit Absicht habe ich die Schwierigkeit einer Begutachtung, die sich bei der früheren Rechtsprechung geltend machte, die natürlich auch den Juristen *Maßfeller*[6]) — »es wurde doch wohl etwas zuviel von dem ärztlichen Sachverständigen verlangt«, sagte er geradezu — und *Liebnitz*[7]), nicht entgangen war, hervorgehoben. Ich kann mich nicht des Eindrucks erwehren, als ob sie dem Gutachter nicht immer klar genug zum Bewußtsein gekommen ist. Und wenn das doch der Fall war, so waren für ihn gewiß oft genug, möchte ich sagen, auch rein menschliche, durchaus verständliche und ebenso verzeihliche Erwägungen maßgebend, nämlich die, daß nur so die dringend erwünschte, oft geradezu gebotene Lösung der Ehe zu ermöglichen sei. Auf die Schwierigkeit einer Ehescheidung nach § 1569 brauche ich hier nicht nochmals einzugehen.

Mit dem Umbruch hat sich die Rechtsprechung in dieser Hinsicht grundlegend geändert. Die Abkehr von der früheren Rechtsprechung ist einmal zurückzuführen auf weltanschauliche, völkische Erwägungen, die zu einer völlig anderen Auffassung von dem Wesen der Ehe führen mußten, und dann auf die Fortschritte auf dem Gebiete der Psychiatrie, insbesondere in erbbiologischer Hinsicht.

Es erübrigt sich, hier nochmals auszuführen oder zu wiederholen (vgl. meine Ausführungen in Hoches Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie, II. Auflage, S. 344), worin man früher das Wesen der Ehe erblickte; das BGB. gab hierauf keine unmittelbare Antwort, und der Rechtswahrer war somit angewiesen auf die Verwertung von andern Bestimmungen, die das Gesetz hinsichtlich der Ehe getroffen hat, und auf die höchstrichterliche Rechtsprechung. Es genüge demgegenüber, hier den Vorschlag des Familien-

[6]) D. Justiz 1935, S. 1829.
[7]) Med. Welt 1936, S. 940.

Digitized by Google

rechtsausschusses der Akademie für deutsches Recht kurz wiederzugeben. Er sieht in der Ehe »die von der Volksgemeinschaft anerkannte, auf gegenseitiger Treue, Liebe und Achtung beruhende dauernde Lebensgemeinschaft zweier rassegleicher, erbgesunder Personen verschiedenen Geschlechts zum Zweck der Wahrung und Förderung des Gemeinwohls durch einträchtige Zusammenarbeit und zum Zweck der Erzeugung rassegleicher, erbgesunder Kinder und ihrer Erziehung zu tüchtigen Volksgenossen«. Eine Auffassung von dem Wesen der Ehe, die ihrer Bedeutung für die Allgemeinheit in vollem Maße gerecht wird. Übrigens war schon nach dem Preußischen Allgemeinen Landrecht II 1 § 1 der Hauptzweck der Ehe die Erzeugung und die Erziehung der Kinder.

Aus bevölkerungspolitischen Gründen ist die Zeugung von Kindern heute mehr denn früher geboten, aber nicht nur in quantitativer, sondern vor allem auch in qualitativer Hinsicht. Und hier setzen psychiatrische Erwägungen ein. Die Forschungen der letzten Jahrzehnte, ich brauche nur auf *Rüdin* und seine Schule hinzuweisen, haben uns gelehrt, daß die Schizophrenie eine Krankheit ausgesprochen endogenen Ursprungs ist, bei deren Auslösung äußere Schädigungen kaum eine Rolle spielen, jedenfalls keine entscheidende. Sie ist nicht nur vererbt, sondern auch vererbbar. Gewiß sind wir über den rezessiven Erbgang dieser Psychose nicht restlos unterrichtet. Wir kennen aber alle nur zu gut die erhebliche Erbkraft. Zum Beweise dessen brauche ich hier kaum darauf hinzuweisen, daß der Gesetzgeber sich im Interesse des Gemeinwohles nicht nur für berechtigt, sondern geradezu für verpflichtet (unter Strafe gestellte Meldepflicht für Ärzte!) hält, Schizophrene auch gegen ihren Willen zu sterilisieren.

Das Reichsgericht hat die grundlegende Entscheidung am 18. 6. 1934 gefällt. Daß sie auch in der Urschrift, nicht nur in ihrer Wiedergabe in der Juristischen Wochenschrift (1934, S. 2844), kurz ist, verdient vielleicht deshalb hervorgehoben zu werden, weil das höchste Gericht eine genauere Begründung offenbar nicht für notwendig hielt, wenn auch die Fassung der Schlußfolgerung in der Form der doppelten Verneinung (rechtlich nicht zu beanstanden) ein wenig vorsichtiger ausgefallen ist als in späteren Entscheidungen. Ich gebe aus der Entscheidung hier nur die wichtigsten Sätze wörtlich wieder: Daß die Geisteskrankheit, die bei der seit 1926 verheirateten Beklagten erst 1931 aufgetreten ist, »nach dem gewöhnlichen Verlauf der Dinge hätte zum Ausbruch kommen müssen, hat das Berufungsgericht nicht festzustellen vermocht. Es ist aber zu der Überzeugung gelangt, daß die erblich bedingte Erkrankung auf die gesamte Nachkommenschaft sich vererbt, ohne daß sie bei allen in die Erscheinung zu treten braucht, daß sie aber bei der Nachkommenschaft immer wieder zum Ausbruch kommen wird. Die Auffassung, daß aus diesem Grunde eine per-

Digitized by Google

sönliche Eigenschaft im Sinne des § 1333 BGB. vorliege, ist rechtlich nicht zu beanstanden. Es handelt sich hier nicht um den Fall einer bloßen Veranlagung zur Geisteskrankheit, für den in der Rechtsprechung eine persönliche Eigenschaft nur dann bejaht worden ist, wenn die Anlage nach dem gewöhnlichen Verlauf zur wirklichen Erkrankung führen muß. Vielmehr ist eine erblich überkommene Krankheit und die Gewißheit festgestellt worden, daß die Nachkommenschaft erbkrank sein wird. Daß die Krankheit schon bei der Beklagten zum Ausbruch gekommen ist, stellt dabei eine Tatsache von nicht entscheidender Bedeutung dar. Wesentlich ist, daß der gesamte Nachwuchs erbkrank wird und daß periodisch die Krankheit zum Ausbruch kommt. Daher geht auch die Ausführung der Revision fehl, es sei der Ausbruch bei der Beklagten darauf zurückzuführen, daß ihr Ehemann und dessen Schwester sie wegen einer weiteren Schwangerschaft zur Verzweiflung getrieben und so den Krankheitsausbruch bei ihr verursacht hätten. Das Berufungsgericht hat auch die dahin gehende Behauptung der Beklagten nicht übergangen, sondern (in Übereinstimmung mit dem Sachverständigen) der als wahr unterstellten Tatsache nur eine mitwirkende Ursache für den Ausbruch der Krankheit beigemessen. Ob aus ihr mit der Revision zu entnehmen ist, daß dem Kläger weitere Nachkommenschaft unerwünscht war, ist für die Entscheidung ohne Belang.«

In der Folgezeit hat das Reichsgericht dieselbe Frage wiederholt mehr oder weniger ebenso beantwortet. Meines Erachtens ist das Wesentliche klarer herausgearbeitet in den Rechtssätzen, die in der Juristischen Wochenschrift den Entscheidungen vorangesetzt sind, freilich unter ausgiebiger Benutzung der Entscheidung selber. Ich gebe nur einen solchen Rechtssatz hier wieder[8]): »Anlage zur Geisteskrankheit zur Zeit der Eheschließung ist Anfechtungsgrund nur dann, wenn sie nach der gewöhnlichen Entwicklung zur Geisteskrankheit führen muß. Diese Beschränkung gilt nicht im Fall der Erbkrankheit, wo der Ehegatte Träger einer periodisch ausbrechenden, sich auf die Nachkommen vererbenden Krankheit ist«. Von entscheidender Bedeutung ist, heißt es in der Entscheidung weiter, »die Erkenntnis, daß eine Frau, auch wenn bei ihr selbst Anzeichen einer geistigen Störung nicht hervorgetreten sind, die Trägerin einer periodisch zum Ausbruch kommenden Krankheit, eben der Schizophrenie, sein kann, die sie auf die Nachkommen vererbt und diese erbkrank macht. Darin liegt eine persönliche Eigenschaft der Frau im Sinne des § 1333 BGB. Für einen solchen Fall der Erbkrankheit hat das oben besprochene Erfordernis, daß die z. Zt. der Eheschließung vorhanden gewesene Anlage nach dem gewöhnlichen Verlauf zum Ausbruch einer Geisteskrankheit führen muß, keine Geltung. Es ist unter jener Voraussetzung auch nicht von rechtlich entscheidender Bedeutung, ob der während der Ehe tatsächlich eingetretene Ausbruch durch das Verhalten des Mannes gegenüber der Frau ausgelöst worden ist«.

---

[8]) RG. 18. VII. 35, JW. 1935, 3097; vgl. RG. 30. VII. 36, JW. 1936, 3043.

Digitized by Google

In den mir bekannt gewordenen Entscheidungen der letzten Zeit war erst während der Ehe die Schizophrenie ausgebrochen. Aber diesem Umstande wurde eine Bedeutung nur insofern beigelegt, als daraus, wenn auch erst nachträglich, ein Rückschluß auf die angeborene und damit natürlich auch schon bei der Eheschließung vorhanden gewesene Anlage gezogen werden konnte. Also, wenn man will, eine nachträgliche Prognose. Es genügte, daß dieser Rückschluß zur Zeit der letzten mündlichen Verhandlung auch vom Standpunkt des ärztlichen oder erbbiologischen Sachverständigen nach Maßgabe der zu diesem Zeitpunkt geltenden wissenschaftlichen Anschauungen gezogen werden konnte; die Stellungnahme zur Zeit der Eheschließung ist nicht von entscheidender Bedeutung.

Was ergibt sich aus den verschiedenen Entscheidungen des Reichsgerichts, die ich im einzelnen hier nicht wiederzugeben brauche, für den psychiatrischen Sachverständigen?

Die Begutachtung ist meines Erachtens im Vergleich zu früher wesentlich vereinfacht und erleichtert. Wenn es dem Sachverständigen gelingt, sicher und einwandfrei nachzuweisen, daß der Beklagte an Schizophrenie erkrankt ist, ist damit seine Aufgabe erfüllt, und er ist zweier weiteren Aufgaben enthoben, die er früher lösen mußte.

Er braucht einmal nicht mehr darzutun, daß »zur Zeit der Eheschließung die begründete Besorgnis bestand, daß sich aus einer vorhandenen Anlage schon nach dem gewöhnlichen Verlauf der Dinge und insbesondere auf Grund der aus dem Wesen der Ehe als einer vollkommenen Lebensgemeinschaft schon an sich entspringenden Anforderungen auch ohne das Hinzutreten besonders widriger Verhältnisse eine Geisteskrankheit entwickeln mußte«[9]). Garnicht zu reden davon, daß die Anlage »mit Notwendigkeit zur Geisteskrankheit führen mußte«, wie es ebenda heißt.

Und weiterhin hat die früher als berechtigt anerkannte Einwendung des Beklagten, er sei nur infolge besonders widriger Verhältnisse krank geworden, keine Geltung. Es würden hierbei natürlich vor allem solche in Betracht kommen, an deren Entstehung der Gegner beteiligt, richtiger gesagt, schuldig ist. Das ist deshalb von Bedeutung, weil die Laien gar zu sehr geneigt sind, ihrem durch Sachkunde nicht geleiteten Kausalitätsbedürfnis folgend, äußere Schädigungen oder seelische Einwirkungen, insbesondere ehewidriges Verhalten des Beklagten, für den Ausbruch der Geisteskrankheit verantwortlich zu machen und solche Behauptungen zur Widerlegung der Anfechtungsklage im Rechtsstreit vorzubringen[10]). Schon die erste grundlegende Reichsgerichtsentschei-

[9]) RG. 30. IX. 1935, JW. 1936, S. 179.

[10]) RG. 18. VI. 1934, JW. 1934, S. 2844; RG. 18. VII. 1935, JW. 1935,

Digitized by Google

dung (s. S. 311) spricht sich mit aller Deutlichkeit hierüber aus, ebenso auch spätere Entscheidungen, wenn auch vielleicht nur in der Fassung, daß das Gericht über derartige Einwendungen hinweggeht. Mit dieser Stellungnahme wird das Reichsgericht unseren psychiatrischen Anschauungen über die Ätiologie der Schizophrenie durchaus gerecht.

Die Beweislast, daß eine Erkrankung endogenen Ursprungs vorliegt, liegt natürlich dem Kläger ob, der etwaige Einwendungen des Beklagten, die als Anfechtungsgrund in Anspruch genommene Geistesstörung sei exogenen Ursprungs, zu entkräften hat.

Eine andere Entscheidung des Reichsgerichts[11]) wird freilich unseren Anschauungen nicht gerecht. Gewiß genügt nach dem Rechtssatz dieser Entscheidung die »Erbanlage zur Schizophrenie zur Zeit der Eheschließung« für die Eheanfechtung. »Für die Feststellung des Vorhandenseins solcher Erbanlage zur Zeit der Eheschließung genügt aber nicht«, heißt es weiter, »ihr späteres Auftreten. Die Feststellung der Vererblichkeit eines Leidens besagt nichts für ihr Vererbtsein«.

Das Reichsgericht, übrigens ist es auch der 4. Senat, der hier entschieden hat, wie in den anderen Entscheidungen, aber vielleicht in einer anderen Zusammensetzung, konnte sich freilich auf das Gutachten eines ärztlichen Sachverständigen stützen, der sich »dahin ausgesprochen hatte, es sei nicht anzunehmen, daß die Erkrankung bereits bei Eingehung der Ehe bestanden hätte, sondern auch keinerlei Feststellungen über eine erbliche Belastung der Beklagten in dieser Hinsicht getroffen hatte«.

Ich war, offen gesagt, erstaunt, um nicht zu sagen, erschrocken, als ich diese Reichsgerichtsentscheidung las. Tauchten doch damit erneut alle die Schwierigkeiten einer psychiatrischen Begutachtung auf, die ich schon glücklich beseitigt glaubte. Umsomehr war ich erfreut, als ich eine ablehnende Kritik dieser Entscheidung, zudem von juristischer Seite (*Maßfeller*), las[12]). Dieser können wir Psychiater uns durchaus anschließen, die meines Wissens zu ihr bisher noch nicht das Wort ergriffen haben. Nach der angezogenen Entscheidung hatte das Berufungsgericht »verkannt, daß die Vererblichkeit einer krankhaften Anlage noch nicht ihr Ererbtsein beweist, sondern mit ihrem sprunghaften Entstehen an einer Stelle der Geschlechterfolge recht wohl vereinbar ist und auch ihren nachträglichen Erwerb durch irgendwelche Einwirkungen von außen her bei ihrem ersten Träger nicht schlechthin aus-

S. 3097; RG. 30. IX. 1935, JW. 1936, S. 179; RG. 5. III. 1936, JW. 1936, S. 1668; RG. 30. VII. 1936, JW. 1936, S. 3043.

[11]) RG. 19. IX. 1935, JW. 1936, S. 249.

[12]) RG. 5. III. 1936, JW. 1936, S. 1668; RG. 30. VII. 1936, JW. 1936, S. 3043.

Digitized by Google

schließt«. Zweifellos eine richtige Beobachtung, aber eine nicht zutreffende Verwertung oder Deutung, für die man vielleicht dem von Gericht gehörten Sachverständigen die Schuld beimessen muß. Gewiß kann man, das lehren uns die erbbiologischen Forschungen, die Möglichkeit einer Mutation, auf die die Entscheidung offensichtlich anspielt, nicht abstreiten; aber tatsächlich ist sie doch, das läßt sich auch auf Grund der sattsam bekannten experimentellen Untersuchungen, rechnerisch nachweisen, so selten, daß mit ihr in der Praxis nicht oder kaum gerechnet zu werden braucht. Mehrfach habe ich betont, daß nach der jetzt herrschenden Lehre für den Ausbruch der Schizophrenie die erbliche Anlage von entscheidender, um nicht zu sagen, alleiniger Bedeutung ist. Es wird wohl kaum ein Psychiater eine Schizophrenie nur deshalb ausschließen, weil er eine erbliche Belastung nicht nachweisen kann. Daß das bei dem rezessiven Erbgang der Schizophrenie und den großen Manifestationsschwankungen gerade bei der Schizophrenie so oft mißlingt oder nicht möglich ist, wissen wir nur zu gut. Es ist eben die Aufgabe des Gutachters, die Schizophrenie von schizophrenieähnlichen Erkrankungen ebenso deutlich wie scharf zu scheiden. Wenn es wirklich des Nachweises erblicher Belastung zur Annahme der Schizophrenie bedürfte, so wäre es nicht recht verständlich, warum der Gesetzgeber, der sich doch des Rates maßgebender und sachkundiger Ärzte bedient hat, in § 1 (2) des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses nur von Schizophrenie spricht, während er der Krankheitsbezeichnung: Fallsucht, Veitstanz, Blindheit, Taubheit, schwere körperliche Mißbildung ausdrücklich das Beiwort »erblich« angegliedert hat. Nach dem Kommentar, II. Auflage, S. 132, wollte man mit dem Weglassen des Wörtchens »erblich« »zum Ausdruck bringen, daß im Gegensatz zu einer früheren unhaltbaren Auffassung, es sei nur ein kleiner Kern von schizophrenen Bildern erblich bedingt, jeder einwandfrei geklärte Fall von Schizophrenie als erblich angesehen werden muß«. Der Kommentar hatte sich schon in seiner I. Auflage ähnlich, wenn auch nicht so bestimmt, ausgelassen, freilich noch hinzugefügt, daß (S. 98), »wenn einmal bei Einzelfällen ebenso viele oder mehr Umstände für eine exogene als endogene Entstehung zu sprechen scheinen, eine Unfruchtbarmachung, wenn das Gericht auf Grund seiner freien Beweiswürdigung sich dafür entschieden hat, doch eingeleitet werden kann, weil Zweifel an der alleinigen exogenen Bedingtheit solcher Einzelfälle meist nicht beseitigt werden können«. Diese Ausführungen fehlen in der II. Auflage, ein Beweis dafür, daß der amtliche Kommentar auch nach Benutzung der inzwischen veröffentlichten Entscheidungen der Erbgesundheitsgerichte und der kritischen Äußerungen noch mehr denn früher an der Erblichkeit der Schizophrenie festgehalten hat.

Digitized by Google

Um auf die Reichsgerichtsentscheidung zurückzukommen, so hat es sich entweder um eine Schizophrenie gehandelt, und dann erübrigte sich nach dem Stande der Wissenschaft der Nachweis einer Belastung, oder um eine schizophrenieähnliche Erkrankung, also eine Störung exogenen Ursprungs. Dann aber hätte es eben einer genaueren klinischen und erbbiologischen Stellungnahme des Sachverständigen bedurft, als sie, soweit man nach dem Wortlaut der veröffentlichten Entscheidung urteilen darf, erfolgt ist. In diesem letzteren Falle, also bei Vorliegen einer exogen bedingten Geistesstörung, sind natürlich, wenigstens vorläufig, noch nach wie vor, die schon vor dem Umbruch von dem Reichsgericht aufgestellten Grundsätze maßgebend.

Das Reichsgericht hat in einer anderen Entscheidung[18]) das dem Anfechtungskläger stattgebende Urteil des Oberlandesgerichts nicht gebilligt, weil das Gericht, wiewohl der Beklagte wegen Schizophrenie sterilisiert war, keinen ärztlichen Sachverständigen gehört habe. Das Reichsgericht hat offenbar die Annahme einer exogenen Entstehung der Schizophrenie für denkbar gehalten und beruft sich auf den Kommentar von *Gütt, Rüdin* und *Ruttke*. Der Satz, »daß die schizophrene Erkrankung ererbt sein müsse«, wird, führt das Reichsgericht weiter aus, »soweit ersichtlich, von der ärztlichen Wissenschaft nicht als ein unbedingt verbindlicher und ausnahmsloser Grundsatz aufgestellt«. Auch der vom Berufungsgericht angeführte Kommentar zum Erbkranken-Nachwuchs-Gesetz von *Gütt, Rüdin, Ruttke* vertritt nicht diese Lehrmeinung; auch von ihm wird eine exogene Entstehung der Schizophrenie für denkbar gehalten und die Möglichkeit zugegeben, daß schizophrene Bilder ausschließlich durch äußere Schädigung entstanden sein können«. Deshalb hält es das Reichsgericht für »unerläßlich, daß das Gericht im Eheanfechtungsprozeß die Frage, ob eine während der Ehe zum Ausbruch gekommene schizophrene Erkrankung auf einer endogenen Grundlage beruht und ob also eine bereits bei der Eheschließung vorhandene persönliche Eigenschaft des beklagten Ehegatten festgestellt werden kann, selbständig und unabhängig von dem im Verfahren vor dem Erbgesundheitsgericht ergangenen Beschluß entscheidet; und zwar regelmäßig auf Grund eines Sachverständigengutachtens, das sich über die nach § 1333 BGB. rechtserheblichen psychiatrischen Tatsachen auszusprechen hat«.

Das Reichsgericht bemängelt natürlich nicht das in Sachen der Erbgesundheit vorgeschriebene und übliche Verfahren. Wer selber in einem Erbgesundheitsgericht oder Erbgesundheitsobergericht gesessen hat, der weiß auch, daß in allen irgendwie zweifelhaften Fällen eine klinische Beobachtung durch Fachärzte ange-

[18]) RG. 5. III. 1936, JW. 1936, S. 1668.

Digitized by Google

ordnet wird; die jetzt wohl überall übliche persönliche Vernehmung des zu Sterilisierenden vor dem Gesundheitsgericht reicht eben doch nicht immer für die Urteilsfindung aus. Die Zusammensetzung des Gerichts aus zwei Ärzten und einem Juristen sichert eine zutreffende Beurteilung, ermöglicht oder gewährleistet sie vor allem dann, wenn grundsätzlich der nichtbeamtete Arzt ein auch erbbiologisch interessierter und erfahrener Psychiater ist. Und das ist umso mehr erforderlich, als der zu Sterilisierende jetzt wohl immer persönlich vernommen wird. Ich wüßte nicht, wie man sicherer eine Schizophrenie nachweisen kann, als auf dem im Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vorgeschriebenen Wege. Und ich kann mir kaum vorstellen, daß die ordentlichen Gerichte dieser Aufgabe, nämlich der einer scharfen Trennung der Schizophrenie, bei der allein eine Sterilisation zulässig ist, von einer schizophrenieähnlichen Erkrankung, eher gewachsen sein sollten.

Seine sachlichen Bedenken kann ich aber nicht teilen. Das Reichsgericht verkennt hinsichtlich der Entstehung der Schizophrenie das Wesen der Erbkrankheit. Sterilisation ist eben nur bei Schizophrenie zulässig. Ist diese einwandfrei festgestellt, dann ist nicht ersichtlich, warum dann noch ein Sachverständiger gehört werden soll. Dem Hinweis des Reichsgerichts auf die Verschiedenheit des Zwecks und des Verfahrens im Eheanfechtungsprozeß und bei der Unfruchtbarmachung kommt, soweit ich es beurteilen kann, keine entscheidende Bedeutung zu, sofern die Diagnose gesichert ist. Meines Erachtens sollte gegenüber einem auf Grund des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses wegen Schizophrenie Sterilisierten die Anfechtung der Ehe unbedingt zulässig und gerechtfertigt sein, aber nicht umgekehrt. Im Gegenteil. Zur Anfechtungsklage reicht die alleinige Anlage zur Schizophrenie aus, ohne daß sie jemals in die Erscheinung getreten zu sein braucht, aber nicht für die Sterilisation. Es darf auch nicht übersehen werden, daß die Sterilisation ein sehr viel schwererer Eingriff ist als die Nichtigkeitserklärung der Ehe.

Man kann dem Reichsgericht, wenigstens rein formalrechtlich betrachtet, wohl nicht das Recht bestreiten, selbständig die Frage zu prüfen oder prüfen zu lassen, ob eine Erbkrankheit vorliegt, die zur Nichtigkeitserklärung der Ehe berechtigt.

Würde das ordentliche Gericht diese Frage verneinen, so wird man es dem Anfechtungsbeklagten gewiß nicht verdenken können, wenn er trotz der ausgeführten Sterilisation das Wiederaufnahmeverfahren betreibt, das natürlich nur auf eine Aufhebung des Sterilisationsbeschlusses hinzielen kann. Ich möchte ein Wiederaufnahmeverfahren mit *Ristow* (S. 218/219) für zulässig halten; freilich halten es der Kommentar (S. 273) für zwecklos, manche Erbgesundheitsgerichte für unzulässig (vgl. Jur. Woch. 1937, S. 959). Indes kann doch dem Sterilisierten aus familären, wirtschaftlichen und be-

Digitized by Google

ruflichen Gründen, auch hinsichtlich der etwa schon geborenen oder zum mindesten gezeugten Nachkommen, darüber hinaus seiner Sippe überhaupt, daran gelegen sein. Der Anfechtungsbeklagte ist und bleibt aber natürlich, sofern die Sterilisation vorschriftsmäßig ausgeführt ist, unfruchtbar. Indes kann die Unfruchtbarkeit in diesem Falle meines Erachtens nicht die Anfechtung begründen, da sie ja erst nach der Eheschließung entstanden ist, aber nicht, oder richtiger gesagt, nicht mehr begründet werden kann mit einer schon zur Zeit der Heirat vorliegenden Anlage zur Schizophrenie. Gewiß ein höchst unerwünschter Folgezustand, vor allem dann, wenn der Anfechtungskläger völlig erbgesund und fortpflanzungsfähig ist[14]). So unerfreulich aber auch dieser Folgezustand wäre, so darf doch nicht übersehen werden, daß er eine sehr große Seltenheit sein wird, sofern überhaupt dieser Fall eintritt — immer vorausgesetzt, daß das Reichsgericht auch weiterhin die Ansicht vertritt, daß die ordentlichen Gerichte nicht an die Entscheidungen der Erbgesundheitsgerichte, der eigens zu diesem Zweck eingeführten Sondergerichte, gebunden sind.

Auf die rein rechtliche Seite der Frage brauche ich hier nicht einzugehen, um so weniger, weil ich mich in allen, ich betone ausdrücklich, auch den ärztlichen Ausführungen, *Maßfeller*[15]) durchaus anschließen kann.

Da ich mich nun einmal als Psychiater zur Stellungnahme des Reichsgerichts vom ärztlichen Standpunkt aus geäußert habe, möchte ich, und darauf ist schon wiederholt, auch von Juristen, hingewiesen, betonen, daß das Reichsgericht schon in seiner ersten grundlegenden Entscheidung[16]) zu Unrecht das Wesentliche darin sieht, »daß der gesamte Nachwuchs erbkrank wird und daß periodisch die Krankheit zum Ausbruch kommt«.

Was die Gefährdung des Nachwuchses angeht, so hat das Reichsgericht zwar weiter ausgeführt, »daß die erblich bedingte Erkrankung auf die gesamte Nachkommenschaft sich vererbt, ohne daß sie bei allen in die Erscheinung zu treten braucht, daß sie aber bei der Nachkommenschaft immer wieder zum Ausbruch kommen wird«. Nach unseren wissenschaftlichen Anschauungen müssen wir — ausgenommen die nächste Generation, in der alle zum mindesten überdeckte Träger von Teilanlagen sind — drei Möglichkeiten unterscheiden. Die Nachkommen sind entweder Schizophrene oder überdeckte Träger von Teilanlagen oder erbgesund. Die letzte Gruppe scheidet für die vorliegende Betrachtung

[14]) »Fehlurteile müssen von dem einzelnen getragen werden, denn es geht nicht an, nur weil sich die Richter irren können, der rassischen Zersetzung des Volkes nicht Einhalt zu gebieten«, sagt hierzu *Ristow* (S. 219).

[15]) JW. 1936, S. 1670, 3045. Der Erbarzt 1936, S. 9.

[16]) RG. 18. VI. 1934, JW. 1934, 2844.

Digitized by Google

aus. Nur die beiden ersten Gruppen kommen für eine Anfechtung der Ehe in Betracht, und in der zweiten Gruppe spielen vor allen Dingen die schizoiden Psychopathen, worauf ich unten noch zurückkommen werde, eine Rolle. Nebenbei gesagt, wäre es doch wohl richtiger, nach einem meines Wissens nicht weiter erörterten Vorschlage von *Pesch*, um allen Mißverständnissen vorzubeugen, von erbkrank und erbanlagekrank zu sprechen.

Zum anderen braucht die Schizophrenie nicht immer periodisch zu verlaufen. Das ist gewiß oft genug der Fall und kann dazu beitragen, die Schwierigkeit einer Differentialdiagnose zwischen manisch-depressivem Irresein und Schizophrenie zu erklären. Ohne weiteres nehme ich an und gebe ausdrücklich zu, daß in den zur Entscheidung des Reichsgerichts stehenden Fällen die Krankheit einen schubweisen Verlauf genommen hatte, daß man deshalb vielleicht geneigt sein könnte, ähnliches für die Nachkommenschaft zu befürchten. Aber so häufig man auch einen schubweisen Verlauf der Schizophrenie beobachten kann — und ich persönlich kann mich des Eindrucks nicht erwehren, als ob er in den letzten Jahrzehnten häufiger zu beobachten ist —, so darf doch diese Feststellung nicht zu dem Schlusse führen, ein periodischer Verlauf sei der Schizophrenie eigen. Das wäre ein Fehlschluß, zu dem die maßgebliche Stellung, die das Reichsgericht beanspruchen kann und darf, verführen könnte, ein Fehlschluß, der sich im Einzelfall verhängnisvoll auswirken könnte. Die Verlaufsform der Geistesstörung ist belanglos. Entscheidende Bedeutung kommt nur ihrem Charakter, nämlich dem einer vererbten und vererbbaren Störung zu.

Das ist wohl das Wesentlichste, was ich als Psychiater zu den verschiedenen Entscheidungen des Reichsgerichts zu bemerken hätte. Ich kann sie in folgendem zusammenfassen:

Wird eine Schizophrenie nachgewiesen, so ist damit ohne weiteres eine Erbanlage zu bejahen, auch wenn die Schizophrenie erst während der Ehe ausbricht, und diese Erbanlage ist eine Eigenschaft im Sinne des Gesetzes, die die Anfechtung der Ehe, sofern auch die anderen Voraussetzungen des § 1333 erfüllt sind, rechtfertigt.

Diese Stellungnahme des Reichsgerichts wird, soweit ich das einschlägige Schrifttum kenne, allgemein anerkannt. Ich erwähne nur die Arbeiten von *Grunau*, *Helmreich*, *Liebnitz*, *Luxenburger*, *Maßfeller*, *Nitsche*, *Ruttke*, *Skalweit*, *Schneider*, *Schultze*. An dieser Stelle möchte ich auf eine meines Wissens wenig beachtete Arbeit von *Flügge* hinweisen, der schon September 1933 denselben Standpunkt vertrat. Er schlug die Einfügung eines besonderen Absatzes in den § 1333 vor, der folgenden Wortlaut haben sollte: »Als 'persönliche Eigenschaften' gelten auch Eigenschaften, die ein

Digitized by Google

Elternteil, ein Großelternteil oder ein Geschwister eines Ehegatten in der Weise gehabt hat, daß nach den Gesetzen der Vererbungslehre das Hervortreten ähnlicher Eigenschaften bei dem insoweit belasteten Ehegatten oder bei den Nachkommen nicht unwahrscheinlich ist.« *Flügge* hält eine authentische Interpretation des § 1333, der schon heute diese Möglichkeit gibt, durch Einfügung dieses Absatzes für notwendig, weil »die naturwissenschaftlichen Grundlagen dieser rechtlichen Erwägungen einem sehr großen Teil der heutigen Juristen nicht geläufig sind, ebenso wie sie dem Verfasser des BGB. fremd sein mußten«. Natürlich bezieht sich, wie er ausdrücklich betont, sein Vorschlag nicht auf Defekte schlechtweg, sondern auf wesentliche Defekte solcher Art, daß durch sie Lebenstauglichkeit und Lebenswert ... stark herabgesetzt werden«. Aber, betont *Flügge* weiterhin, eine derartige Auslegung darf nicht zu Unbilligkeiten führen. Wenn z. B. die Ehe schon längere Zeit bestanden hat und Nachkommen bereits erzeugt sind, muß bei der Würdigung der Defekte hierauf entsprechende Rücksicht genommen werden.

Natürlich haben sich auch Gerichte der 1. und 2. Instanz (z. B. das Oberlandesgericht Dresden, Hamburg, Hamm, Königsberg, Obergericht Danzig) diese Ansicht zu eigen gemacht. Wenn ich hier ein Urteil des hiesigen Landgerichts, auf das nicht nur in der Tagespresse, sondern auch im juristischen Schrifttum[17]) hingewiesen ist, im ganzen Wortlaut wiedergebe, so geschieht das nicht aus Lokalpatriotismus, ich war auch nicht Sachverständiger, sondern deshalb, weil das Urteil in einer, meines Erachtens klaren und einfachen, auch dem juristisch weniger Interessierten verständlichen Form abgefaßt ist:

»Die Klage ist gemäß § 1333 BGB. begründet. Die Klägerin leidet an Schizophrenie. Sie trägt die Erbanlage dieser inzwischen verschiedentlich heftig bei ihr in die Erscheinung getretenen Krankheit in sich. Ihre Erbmasse war bereits bei Eingehung der Ehe krank und hat zu den Krankheitserscheinungen geführt, die ihre zweimalige Aufnahme in die Heilanstalt erforderlich machten. Die von ihr vorgetragenen Vorgänge: heftige Schläge des Klägers an den Kopf, Verfehlungen des Klägers im Dienst, ehewidrige Beziehungen des Klägers zu anderen Frauen, schwere Geburt haben hierauf keinen wesentlichen Einfluß gehabt. Die krankhafte Anlage der Beklagten ist vererblich. Ihre Nachkommen werden zu rund 50% an schweren geistigen Schäden leiden. Alles dies ergibt das zuverlässige Gutachten des Sachverständigen.

Danach besaß die Beklagte bei Eingehung der Ehe Eigenschaften, nämlich die kranke und krankhaft vererbliche Erbmasse, die den wesentlichen Zweck der Ehe, die Fortpflanzung der Ehegatten, der bei dem Alter der Parteien und der bisher vorhandenen Anzahl ihrer Kinder fortbesteht, gefährden, und die zur Sterilisation und damit zur Vernichtung ihrer Fortpflanzungsfähigkeit geführt hat. Es kann ohne weiteres angenommen werden, daß der

[17]) JW. 1935, S. 1895; Deutsche Justiz 1935, S. 1522.

Digitized by Google

Kläger die Ehe mit der Beklagten nicht geschlossen hätte, wenn er ihre Veranlagung und deren Folgen für die Nachkommenschaft gekannt hätte. Dem steht nicht entgegen, daß er noch im Juni 1933, nachdem die Beklagte also bereits einmal in der Heilanstalt gewesen war, mit ihr ehelich verkehrt hat. Denn zu dieser Zeit war ihm die Art der Krankheit nicht bekannt. Das ist zugleich von Bedeutung für die Frage, ob der Kläger die Anfechtungsfrist des § 1339 BGB. gewahrt hat. Denn die Klage ist nur dann begründet, wenn er sie innerhalb von 6 Monaten nach Kenntnis seines Irrtums erhoben hat. Da die Klage Ende September 1934 erhoben worden ist, ist festzustellen, ob er vor April 1934 über seinen Irrtum aufgeklärt war.

Dabei ist vorweg zu bemerken, daß nicht allein entscheidend sein kann, daß der Kläger bereits vor dieser Zeit die Geisteskrankheit der Beklagten erkannt hat. Maßgebend ist vielmehr der Zeitpunkt seiner Erkenntnis, daß die Krankheitserscheinungen auf Anlagen beruhen, die bereits zur Zeit der Eheschließung vorhanden, vererblich und damit für die Nachkommenschaft gefährlich waren. Diese Erkenntnis hat er nicht vor Mai/Juni 1934, der Zeit seiner Beratung durch den Referendar im Büro des Rechtsanwalts Y erhalten. Bedenken hiergegen, die sich hieraus ergeben könnten, daß die Krankheit der Beklagten bereits in den Jahren 1932/33 als Schizophrenie erkannt und dem Kläger bekannt war, daß ferner der § 1 des Gesetzes vom 14. Juli 1933 die Krankheit als Erbkrankheit bezeichnet, sind nicht begründet.

Der Kläger hat schon im September 1933 Schritte unternommen, um durch gerichtlichen Ausspruch die Ehe trennen zu lassen. Er hat zu dieser Zeit Rechtsanwalt Z beauftragt, die Klage gegen die Beklagte zu erheben. Dieser hat den Antrag auf Bewilligung des Armenrechts für die Ehescheidungsklage erhoben. Der Antrag ist unter anderem deshalb nicht für die Eheanfechtungsklage erhoben worden, weil, wie Rechtsanwalt Z als Zeuge bekundet hat, »wir (d. h. Rechtsanwalt Z und der Kläger) immer davon ausgegangen sind, daß die Schizophrenie nicht zu den Erbkrankheiten gehöre und sich auch nicht nachweisen lassen würde, ob die Krankheit schon bei Eingehung der Ehe bestanden hätte«. Nur die Unkenntnis des Klägers und des Rechtsanwalts Z von dem Anfechtungsgrund, nämlich von der krankhaften Erbanlage der Beklagten, kann ja auch der Grund gewesen sein, weshalb der Rechtsanwalt die Anfechtungsklage nicht in die Wege geleitet, und weshalb der Kläger nicht auf Erhebung dieser Klage gedrängt hat. Damit stimmt überein, daß Dr. B. dem Kläger im Oktober 1933 zwar mitgeteilt hat, daß die Beklagte an einem ernsten Leiden erkrankt sei, dessen Folgen sie zu einer Erziehung des Kindes unfähig machten, daß er ihn aber nicht darüber aufgeklärt hat, daß es sich um eine Erbkrankheit handele und welche Bedeutung diese für die Nachkommenschaft habe. Von Bedeutung ist ferner die Aussage des Referendars X, der im Büro des Rechtsanwalts Dr. Y den Kläger beraten hat. Dieser ist auf Grund von Besprechungen mit Ärzten der Psychiatrischen Klinik zu dem Ergebnis gelangt, daß das Leiden der Beklagten in seinen Anlagen bereits bei Eingehung der Ehe bestanden habe und als Erbkrankheit die Nachkommenschaft gefährde. Hierüber hat er den Kläger in den Besprechungen im Mai/Juni 1934 aufgeklärt. Er bekundet, die Überzeugung gehabt zu haben, daß der Kläger sich von den Folgen der Erkrankung keinen rechten Begriff gemacht habe. Er sei überrascht und nach seiner Überzeugung sogar erschreckt gewesen, als er ihm die Folgen der Krankheit mitgeteilt habe.

Die Klage ist daher fristgemäß erhoben, so daß unter Anwendung der §§ 91, 709 Ziff. 4 ZPO. zu erkennen war, wie geschehen.«

Digitized by Google

Nachdem das Reichsgericht grundsätzlich die Bedeutung der Anlage zur Schizophrenie als Anfechtungsgrund anerkannt hat — es tut dies wohl am deutlichen am 30. VII. 1936, JW. 1936 S. 3043: »Das Vorhandensein einer solchen Anlage begründet, wenn die übrigen Voraussetzungen des § 1333 gegeben sind, das Anfechtungsrecht, auch wenn es während der Ehe nicht zum Ausbruch der Geisteskrankheit kommt«[18]) —, kann es nicht wundernehmen, daß ich, nachdem ich mich bereits in der I. und II. Auflage (1900 und 1909) des *Hoche*schen Handbuchs der gerichtlichen Psychiatrie eingehend mit der Bedeutung der Anlage beschäftigt hatte, mir die Frage vorlegte, wie sich der Psychiater als Sachverständiger heute verhalten würde, wenn es bei dem Beklagten noch nicht zu einer die Anlage nachträglich sicherstellenden Schizophrenie gekommen ist. Diese Frage ist natürlich durchaus nicht neu, weder für den Richter, wie schon aus den vielen einschlägigen Reichsgerichtsentscheidungen, besonders aus der Zeit vor dem Umbruch, hervorgeht, noch für den Arzt. Sie hat wohl jeden von uns beschäftigt. Das war auch der Grund, der mich s. Zt., es war 1924, veranlaßte, durch einen meiner Mitarbeiter, *F. W. Bremer*, die Frage bearbeiten zu lassen: »Lassen sich aus den bisherigen Ergebnissen der modernen Vererbungslehre in der Psychiatrie neue Gesichtspunkte für die Anwendung der §§ 1333 und 1334 des BGB. aufstellen?« *Bremer* kommt zu dem Schluß, »daß die Ausbeute an positiven Ergebnissen noch gering ist«. Er zeigt aber zutreffend, was zu erwarten steht; seine Aufgabe sah er darin, »die Grenzen eines Problems zu umreißen, das mit der Zeit an Wichtigkeit immer mehr zunehmen wird«. Aus seinen Schlußfolgerungen möchte ich einen Satz hier wörtlich wiederholen: »Es ist immerhin denkbar, wenn beide Eltern des Anfechtungsgegners an Dementia praecox erkrankt sind. In dem Falle ist die Anfechtung nach § 1333 berechtigt«, ein Schluß, der auch heute noch durchaus zutrifft. Die Zwillingsforschung war damals noch nicht so weit fortgeschritten, um sie in ähnlicher Weise zu verwerten. Sonst würde auch darauf hingewiesen worden sein, daß bei dem erbgleichen Zwilling eines Schizophrenen eine Belastung mit dem vollen schizophrenen Genotypus anzunehmen ist, die die Anfechtung berechtigt. Das trifft natürlich auch dann zu, wenn der eine Elternteil der Beklagten ein Schizophrener ist, der andere ein erbgleicher Zwilling eines manifest Schizophrenen oder Kind eines schizophrenen Elternpaars oder wenn beide Elternteile erbgleiche Zwillingspartner von manifest Schizophrenen oder Kinder schizophrener Elternpaare sind (*Luxenburger*). Auf das weitere Schrifttum gehe ich hier mit Absicht nicht ein.

Der Zufall, dem ich dankbar bin, fügte es, daß ich von dem

[18]) Vgl. RG. 28. II. 1935, Warn. Recht 1935, Nr. 170.

Digitized by Google

hiesigen Landgericht um ein derartiges Gutachten angegangen bin. Damit wurde ich gezwungen, mich des Eingehenderen mit dem Problem zu beschäftigen, nachdem ich die Arbeit schon vor längerer Zeit wiederholt begonnen hatte. Wenn ich das Gutachten hier mitteile, so geschieht das nicht nur aus der schon angedeuteten grundsätzlichen Erwägung, sondern auch deshalb, weil ich von Kollegen, mit denen ich darüber sprach, wiederholt um Veröffentlichung gebeten wurde. Ich sehe mit Absicht davon ab, das von mir Anfang Juli 1936 erstattete Gutachten hier wörtlich zum Abdruck zu bringen, schon um Gesagtes nicht wiederholen zu müssen. Folgende Ausführungen mögen genügen:

Frau X. hatte die Ehe angefochten, weil sie bei Eingehung der Ehe selbstverständlich davon ausgegangen sei, daß der Beklagte gesund sei und aus einer erbgesunden Familie stamme; das sei aber nicht der Fall, denn zwei seiner Geschwister seien wegen Geisteskrankheit sterilisiert; außerdem seien auch noch andere Mitglieder der Familie geisteskrank. Bei diesen gesundheitlichen Verhältnissen in der Familie des Beklagten sei anzunehmen, daß auch dieser die Erbanlage für eine Fortpflanzung minderwertigen Nachwuchses in sich trage, und diese Besorgnis sei um so größer, als der Beklagte auch selbst absonderlich veranlagt sei.

In der Tat waren zwei seiner Geschwister an Schizophrenie erkrankt, und beide waren sterilisiert. Mit vollem Recht, wovon ich mich an der Hand der Gutachten überzeugen konnte, wenn es dessen noch bedurft hätte. Daß ein drittes Geschwister, wie die Frau angab, auch krank sei, ließ sich nicht erweisen, war vielmehr unwahrscheinlich. Der Beklagte, der den gebildeten Ständen angehört, der von jeher für ärztliche Fragen, insbesondere für solche erbbiologischen Charakters, großes Interesse, auch Verständnis hatte und sich in der einschlägigen Literatur umgesehen hatte, machte unter Bezugnahme auf die bekannten Tabellen der empirischen Erbprognose, die in der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie entstanden sind — »Bei den Geschwistern können wir theoretisch keine sichere Belastungsprognose stellen« —, darauf aufmerksam, daß Geschwister Schizophrener eine Erkrankungswahrscheinlichkeit von 7,5% haben. Da sie aber für die Durchschnittsbevölkerung nur 0,85% beträgt, war also die Wahrscheinlichkeit, ebenfalls an Schizophrenie zu erkranken, für den Beklagten etwa zehnmal größer. Eine Schlußfolgerung, die vielfach, übrigens auch von dem Beklagten, übersehen wurde. Aber wie sich weiter aus den Tabellen ergibt, finden sich bei 9,66% der Geschwister Schizophrener schizophrenieähnliche Psychopathen und 16,3% abnorme Typen. Somit beträgt die Gesamtzahl unerwünschter Typen also ein Drittel[19]).

[19]) Die letzterwähnte Zahl hat anscheinend das Oberlandesgericht Dres-

Digitized by Google

Aber auch angesichts dieser Zahl trägt ein so berufener Sachverständiger wie *Luxenburger* Bedenken, ohne weiteres und grundsätzlich den Geschwistern von Schizophrenen die Eheschließung zu verbieten. In seinen verschiedenen Arbeiten betont *Luxenburger* immer wieder, daß das eine ungerechtfertigte Härte darstellen und bevölkerungspolitisch bedenklich sein würde. »Handelt es sich um einen gesunden, gut angepaßten Menschen, so gestatte ich unbedenklich die Ehe, selbst wenn er schizophrene Geschwister besitzt« (Der Erbarzt 1935, S. 16). Ähnlich läßt sich auch, um das hier anzuführen, der Kommentar zum Ehegesundheitsgesetz, S. 135, aus, wenn es dort (im Urtext gesperrt gedruckt) heißt: »Es wäre völlig verkehrt, wenn man jedem, in dessen näherer Verwandtschaft ein Fall von Erbkrankheit vorgekommen ist, den Rat geben würde, von der Eheschließung abzusehen. Ganz abgesehen davon, daß wir uns bei der weiten Verbreitung der Erbkrankheiten aus rein bevölkerungspolitischen Gründen ein solches Verfahren nicht leisten können, würde ein so schematisches Vorgehen im Volke auf wenig Verständnis stoßen und bald dazu führen, daß der größte Teil der Beratenen die Ratschläge des Arztes in den Wind schlägt.«

Ich stimme diesen Ausführungen durchaus zu und habe deshalb den Beklagten wiederholt und eingehend untersucht. Gröbere psychische Abweichungen konnte ich nicht nachweisen; insbesondere erschien er mir nicht affektarm, eher vielleicht ab und zu etwas reizbar, nicht eigenbrödlerisch, nicht autistisch. Nach seinen Angaben hat er früher nie besondere Krankheiten durchgemacht, insbesondere niemals Störungen geboten, die selbst bei nachträglicher Beurteilung, als Züge einer Schizophrenie hätten gedeutet werden können. Sein Körperbau war nicht eindeutig zu verwerten. In der Familie war keine Tuberkulose. Er hatte bisher keine Kinder, wie ich im Hinblick auf die große Bedeutung eines etwaigen schizophrenen Abkömmlings noch vorsorglich bemerken möchte.

---

den seinem Urteil vom 26. 10. 1934 zu Grunde gelegt, wenn es in dem Rechtssatz, den die Deutsche Juristenzeitung 1935, S. 575, mitgeteilt hat, angibt: »Angeborene Anlage zur Geisteskrankheit (Schizophrenie) ist Eheanfechtungsgrund auch dann, wenn es nur in einem Drittel aller Fälle zum Ausbruch der Krankheit kommt und die Gefahr der Vererbung der Anlage auch dann besteht, wenn die Krankheit nicht in die Erscheinung tritt.« Die Ehe wurde mit Recht von dem Oberlandesgericht für nichtig erklärt, da der Beklagte an Schizophrenie erkrankt war. Wenn aber das Gericht sagt, die Nachkommen seien zu einem Drittel der Gefahr der Erkrankung ausgesetzt, so irrt es sich. Nach dem Urteil war eine Schwester der Beklagten vorübergehend geistesgestört, ein Großvater an unheilbarer Geisteskrankheit gestorben. Wenn es sich in beiden Fällen um Schizophrenie gehandelt hat, wie ich annehmen möchte, so ist zwar die Zahl der unerwünschten Typen auf ein Drittel zu schätzen. Diese Zahl hat aber mit der Erkrankungsziffer der Nachkommen nichts zu tun.

Digitized by Google

Indessen ließen sich aus den Akten doch mancherlei mehr als ungewöhnliche Züge aus seinem Leben feststellen. Diese waren es auch, die vor allen Dingen seine Frau zur Begründung der Anfechtungsklage angeführt hat.

Nachts nahm er, sogar auf der Hochzeitsreise, einen Revolver mit ins Bett, in dem er schlief, angeblich wegen eines Einbruchs in einer Großstadt Mitteldeutschlands im Jahre 1918/19. Freilich gab er diesen Brauch auf Vorhalt seiner Frau auf.

Auf einem Fest trank er Sekt aus dem Schuh einer Dame und entschuldigte dies damit, daß der Schuh ganz neu und er selber stark angetrunken gewesen sei.

Er war nicht weniger als viermal verlobt, freilich nicht innerhalb eines kurzen Zeitraumes. »Immerhin ein bißchen viel«, wie er selbst meinte. Die Verlöbnisse waren nach seiner Angabe immer von ihm selbst gelöst. Denselben Trauring hat er dreimal benutzt. Mit der vierten Braut verlobte er sich 5 Tage nach Trennung von der dritten Braut und heiratete sie dann drei Wochen später, nicht nur, weil er sich fest vorgenommen hatte, gerade zu diesem Zeitpunkt eine Ehe einzugehen und er sich ärgerte, daß die dritte Braut nicht rechtzeitig ihre Stellung gekündigt hatte, also offenbar ihren Beruf einer Heirat vorzog — »ich wollte unter allen Umständen meinen Willen durchsetzen«, so betonte er mir gegenüber immer wieder —, sondern vor allem auch, weil er die Ledigensteuer sparen wollte, und dazu mußte er schon in dem betreffenden Jahre mindestens vier Monate verheiratet gewesen sein. Eine doch immerhin recht ungewöhnliche Auffassung vom Wesen der Ehe! Sein Vorgehen muß umso mehr als auffallend bezeichnet werden, weil er die Klägerin ein Jahr vorher nur flüchtig kennen gelernt hatte, also nicht genau kannte. Und vor allem bei seinem Alter von 36 Jahren und nach den Erfahrungen mit den früheren Bräuten. Daß er »zum mindesten übereilt gehandelt« habe, gab er selbst an; in Zukunft werde er doch schlauer sein.

Das Ehepaar erhielt bald nach der Hochzeit von einer Freundin Besuch, die sich fürchtete, im Fremdenzimmer zu schlafen; auf seinen Vorschlag schlief sie daher mit den Ehepaar zusammen. Diesen »an und für sich verrückten Gedanken« erklärte er mit dem Hinweis auf das Erlebnis eines Ritters von X. aus dem Mittelalter. Dieser war angeblich im Morgenlande zum Tode verurteilt worden, wurde aber von der Tochter eines Sultans befreit, die mit ihm floh und von ihm geheiratet wurde. Nach seiner Rückkehr in die Heimat mußte der Ritter freilich feststellen, daß dort seine Frau nicht, wie er geglaubt hatte, gestorben sei, sondern noch lebte. Und nun schliefen die Drei den Rest ihres Lebens in dem breiten Bett eines Schlosses, bei dessen Besichtigung durch Fremde diese Erzählung immer wieder zum Besten gegeben wurde.

Digitized by Google

Der Beklagte selber sprach alles das, was ich soeben angeführt habe, ohne weiteres als Zeichen einer Psychopathie an, da er wohl selber das Gefühl hatte, daß seine Erklärungsversuche nicht ausreichen könnten, um sein Verhalten zu rechtfertigen. Ich glaubte, ihm nicht widersprechen zu sollen. Dies um so weniger, als ich ohnehin schon vorher geneigt war, sie ebenso aufzufassen. Freilich sah ich sie nicht als völlig sichere Zeichen einer schizoiden Psychopathie an. Ein derartiger Nachweis ist aber von entscheidender Bedeutung, da wir *Luxenburger* zustimmen müssen, der auf Grund unserer Forschungen und Erfahrungen in diesen schizophrenieähnlichen, schizoiden Psychopathen die überdeckten Träger von Teilanlagen erblickt, deren Eheschließung natürlich nicht unbedenklich ist. Wörtlich sagt *Luxenburger*[20]: »Von den Geschwistern Schizophrener dürfen sich die Psychopathen, und zwar vor allem die Psychopathen schizoider Prägung, nicht fortpflanzen«. Ähnlich fällt der Bescheid von *v. Verschuer*[21]) aus, den er einem seit 8 Jahren verheirateten Ehemann, nachdem dessen Schwester jüngst an Schizophrenie erkrankt war, erteilte. Er antwortete: »Für die gesunden Geschwister, d. h. solche, die nicht überdeckte Träger von Erbanlagen sind, von Schizophrenen und deren Kinder kommen fortpflanzungsbeschränkende Maßnahmen im allgemeinen nicht in Frage«.

Jedenfalls konnte ich den Beklagten nicht als völlig gesund oder, da wir Psychiater natürlich grundsätzlich Bedenken tragen müssen, eine derartige Diagnose zu stellen, als psychisch völlig einwandfrei bezeichnen.

Ich legte mir daher die Frage vor, welche nach dem Umbruch erlassenen gesetzlichen Bestimmungen bei dieser Sachlage für die Begutachtung in Betracht kommen oder verwertet werden könnten. Nach dem klaren Wortlaut des § 1 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. 7. 1933 konnte und durfte der Beklagte nicht sterilisiert werden, da er weder an einer Erbkrankheit leidet noch gelitten hat. Ebensowenig konnte ihm nach dem Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit des deutschen Volkes vom 18. 10. 1935 das Ehetauglichkeitszeugnis verweigert werden. Denn er war ja nicht erbkrank, und ebensowenig litt er, ohne entmündigt zu sein, an einer geistigen Störung, die die Ehe für die Volksgemeinschaft unerwünscht erscheinen läßt. Wohl aber würde das Gesetz hinsichtlich der Bewilligung des Ehestandsdarlehns Anwendung finden können. Denn nach den Richtlinien von 16. 3. 1934 (vgl. Reichsgesundheitsblatt 1934, Nr. 13) soll das Eheeignungszeugnis nicht gewährt werden Personen, die zwar nicht selbst sichtbar erkrankt sind, deren Blutsverwandtschaft aber in so hohem

[20]) Der Erbarzt 1935, S. 16.
[21]) Der Erbarzt 1936, S. 80.

Digitized by Google

Maße vererbbare Gesundheitsstörungen darbietet oder dargeboten hat, daß die Nachkommenschaft des Darlehnsbewerbers voraussichtlich in beträchtlich höherem Grade als die Durchschnittsbevölkerung »erblich mit diesen Krankheiten belastet sein wird«. »Die gesetzlichen Bestimmungen lassen eine Versagung des Eheeignungszeugnisses nur bei einer sicheren oder in hohem Maße wahrscheinlichen erblichen Belastung des Darlehnsbewerbers zu. Eine solche wird im allgemeinen, sofern nicht besondere Umstände hinsichtlich der Art und des Erbganges der vorliegenden Krankheit eine abweichende Beurteilung nahelegen, anzunehmen sein, wenn mindestens ... zwei Geschwister ... an schweren, sicher erblichen ... geistigen Gebrechen leiden oder litten.« Das traf hier zu. Zwei Geschwister des Beklagten sind an Schizophrenie erkrankt, deshalb sogar sterilisiert. »Besondere Umstände«, die eine abweichende Beurteilung nahegelegt hätten, lagen sicher nicht vor. Mit guten Gründen hat der Staat aber davon abgesehen; ein gesetzliches Eheverbot allein mit Belastung zu begründen; etwas anderes ist es natürlich, wenn die, welche eine Ehe schließen wollen, öffentliche Mittel in Anspruch nehmen. Warum die Erkrankung auch nur eines Geschwisters nicht ausreichen soll, ist nach erbbiologischen Erfahrungen nicht recht einzusehen.

Das oben erwähnte Ehegesundheitsgesetz vom 18. 10. 1935 sieht eine nicht mehr freiwillige Eheberatung für die Zukunft vor, d. h. dann, wenn nach Erledigung aller organisatorischen Vorarbeiten die staatlichen Gesundheitsämter soweit eingerichtet und ausgebaut sind, daß sie alle ihre Aufgaben erfüllen können. Dann (auf die zwischenzeitliche Regelung brauche ich hier nicht einzugehen) bedürfen beide Ehegatten eines Ehetauglichkeitszeugnisses des zuständigen Gesundheitsamts. »Mit Rücksicht darauf, daß für die rassische und gesundheitliche Beurteilung von Ehestandsdarlehnsbewerbern bereits Richtlinien bestehen, die zunächst auch weiterhin gelten und in der Praxis sich bewährt haben«, hat der Reichs- und Preußische Minister des Innern nach seinem Erlaß vom 21. 5. 1935 an die Beratungsstellen für Erb- und Rassenpflege bei den Gesundheitsämtern »zur Vermeidung von etwa aufkommenden Irrtürmern davon abgesehen, für die Eheberatung neue Richtlinien aufzustellen«.

Demnach dürfte darüber wohl kaum ein Zweifel sein, daß der heutige Staat eine Ehe wie die angefochtene als für die Allgemeinheit unerwünscht ansieht. Dann aber ist es nicht mehr als sinngemäß, wenn unter diesen Voraussetzungen auch die Anfechtbarkeit wenigstens grundsätzlich als berechtigt anerkannt wird.

Freilich darf nicht übersehen werden, daß zwischen dem Abraten von einer Ehe oder der Verweigerung des Eheeignungszeugnisses auf der einen Seite und der Anfechtung der Ehe auf der

Digitized by Google

anderen Seite, also der nachträglichen Lösung des schon geschlossenen Ehebundes, ein sehr großer Unterschied besteht. Und das gilt vor allem dann, wenn aus der Ehe Kinder entsprossen sind oder wenn die Ehe schon seit Jahr und Tag besteht; die Anfechtung der Ehe ist ja bei Innehaltung der im § 1339 vorgeschriebenen Frist jederzeit unabhängig von der Dauer der Ehe möglich, im Gegensatz zu § 1571, Abs. 1, Satz 3, der eine Scheidungsklage nach §§ 1565—1568 ausschließt, wenn seit dem Eintritt des Scheidungsgrundes 10 Jahre verflossen sind.

Es sei noch nachgeholt, daß ich mich mit einer Untersuchung des Beklagten in meiner Sprechstunde, allerdings einer mehrmaligen und sehr eingehenden, begnügte. Eine klinische Beobachtung hätte vieleicht einen tieferen Einblick in seine Persönlichkeit gewähren können. Freilich nicht mit Sicherheit. Aber der Beklagte hatte ein verständliches und nachfühlbares Interesse daran, daß von einem solchen Eingriff, der ihn auch sozial schädigen konnte, abgesehen wurde. Da ich ohnehin zu einem bestimmten Ergebnis kam, glaube ich, nicht den Vorwurf einer nicht erschöpfenden Untersuchung zu verdienen. Auch insofern nicht, weil ich die Klägerin nicht untersucht habe. Genügte mir doch schon der von mir bei dem Beklagten erhobene Befund, um mich für die Nichtigkeit der Ehe auszusprechen.

Würde die Klägerin sich überhaupt zur Untersuchung gestellt haben? Und ob eine Untersuchung, die ja doch nur ambulant durchzuführen gewesen wäre, bei dem Fehlen einer objektiven Anamnese Erfolg versprochen hätte — hatte der Beklagte mir doch in glaubhafter Weise mitgeteilt, daß sie psychisch einwandfrei sei, soweit er es beurteilen könne —, war mehr als fraglich. Nur auf ihren guten Willen wäre ich angewiesen gewesen. Brachte sie keine gute Erbmasse mit, so war die Lösung der Ehe erst recht berechtigt. War sie aber völlig einwandfrei, so wäre es, völkisch gedacht, nicht zu rechtfertigen gewesen, sie dauernd an den Beklagten zu fesseln und ihr damit die Möglichkeit zu nehmen, dem Staate gesunde Kinder zu schenken.

Aus ähnlichen Erwägungen heraus glaubte ich auch von einer Untersuchung anderer Familienangehörigen des Beklagten, soweit sie überhaupt möglich gewesen wäre, insbesondere seiner Eltern, absehen zu dürfen. Das aus den schon eben angeführten Gründen. Dabei übersah ich keineswegs, daß der Nachweis einer schizoiden Psychopathie bei einem der Eltern oder gar bei beiden Eltern sehr zugunsten der Nichtigkeitserklärung hätte verwertet werden können.

Der Beklagte hatte mir, und das verdient in diesem Zusammenhange noch besonders hervorgehoben zu werden, mitgeteilt, daß ein Bruder des Vaters anscheinend infolge eines, wenn auch nur vorübergehenden, aber doch immerhin längere Zeit anhalten-

Digitized by Google

den, Alkoholmißbrauchs die Pachtung eines größeren und unmittelbar danach die eines kleineren Gutes aufgeben mußte. Der Verdacht des Vorliegens eines schweren Alkoholismus im Sinne des § 1 (3) des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses war sicher berechtigt, zumal dieser Onkel in allen Lebenslagen nie seine gute Stimmung verlor. Zwei Verwandte, der eine väterlicher-, der andere mütterlicherseits, hatten sich das Leben genommen. In der Familie des Vaters waren zwei Fälle von Syndaktylie vorgekommen. Und schließlich litt ein Angehöriger an einem Wolfsrachen. Gewiß können alle diese Vorkommnisse für sich keine entscheidende Bedeutung beanspruchen. Aber im Zusammenhang mit der sicheren Erkrankung zweier Geschwister an Schizophrenie und dem doch immerhin mehr als eigenartigen Wesen des Beklagten glaubte ich, sie zugunsten der Annahme der Nichtigkeit verwerten zu dürfen.

In meinem Gutachten sprach ich mich somit für die Anwendbarkeit des § 1333 aus. An der Schizophrenie der beiden Geschwister bestand kein Zweifel. Der Beklagte bot viele eigenartige Züge eines Psychopathen, gar manches läßt eine fast bedenkliche Gefühlsarmut deutlich erkennen. Würde der Beklagte tatsächlich später, und das wäre immerhin möglich, wenn auch mit Rücksicht auf sein Alter nicht gerade wahrscheinlich, an Schizophrenie erkranken, so würde man unbedenklich alle diese in den Akten niedergelegten Eigenarten als die sicheren Zeichen einer schizoiden Psychopathie auffassen. Nachträglich läßt sich eben leichter prophezeien! In seiner Familie sind nach seiner glaubhaften Angabe noch weitere Fälle psychischer Anomalien und körperlicher Mißbildungen vorgekommen, die, für sich betrachtet, freilich nicht von ausschlaggebender Bedeutung sind.

Das Gericht schloß sich meinen Ausführungen an. Mit mir hielt es die Veranlagung des Beklagten für eine persönliche Eigenschaft und bezeichnete es als nicht erforderlich, daß bei ihm selbst Anzeichen einer geistigen Störung nachgewiesen sein müßten.

Das Urteil [21a]) wurde, wie von vornherein zu erwarten war, rechtskräftig. Das bedauere ich aufrichtig. Denn mir hätte an einer Stellungnahme des Reichsgerichts — nicht minder aber auch, das möchte ich ausdrücklich betonen, an der Stellungnahme anderer Psychiater — zu einer Frage, über deren Erledigung man gewiß verschiedener Meinung sein kann, sehr viel gelegen. Gewiß hat das Reichsgericht wiederholt und übereinstimmend, wie schon oben ausgeführt wurde, die Anlage zur Schizophrenie als eine Eigenschaft im Sinne des Gesetzes angesprochen und damit grundsätzlich die Bejahung, oder vorsichtiger gesagt, die Möglichkeit der

[21a]) Landgericht Göttingen 18. VIII. 1936. DJustiz 1936. 1897.

Digitized by Google

Bejahung der mir gestellten Frage zugegeben. Aber in den bisherigen Entscheidungen des Reichsgerichts, wenigstens soweit sie mir bekannt waren, war der Beklagte stets an Schizophrenie erkrankt. Die Beweisbarkeit der Anlage hat dann natürlich keine Schwierigkeiten gemacht. Das traf aber für den von mir begutachteten Fall nicht zu, und darin liegt die Eigenart und Schwierigkeit des Problems. Eben deshalb habe ich geglaubt, ihn so ausführlich veröffentlichen zu dürfen.

Wie ich schon oben hervorhob, verstehe ich durchaus, wenn nicht jeder Psychiater meinem Gutachten zustimmen wird. Von *Luxenburger* kann ich es nach seinen Aufsätzen annehmen. Sagt doch weiter *Skalweit* (S. 162/3), der den Standpunkt des Reichsgerichts durchaus billigt, ausdrücklich, es müsse ... verlangt werden, »daß die Krankheit manifest geworden ist bzw. sich in einem vorübergehenden Krankheitszustand einwandfrei zu erkennen gegeben hat — wie es ja auch das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses eindeutig vorschreibt. Eine vermutliche Erbanlage — auch wenn die spezifische erbliche Belastung durch Krankheitsfälle in der betreffenden Familie erweislich ist — allein kann nicht genügen«.

Nitsche hält ausdrücklich für unerwünscht die Fortpflanzung (S. 219) von Geschwistern psychisch Erbkranken, »wenn diese Geschwister zwar selbst keine Erscheinungen einer Erbkrankheit zeigen, aber doch in deutlichem Grade psychopathisch sind und dieses Merkmal nach deutlicher Gradausprägung und klinischer Eigenart die betreffenden Personen mit Wahrscheinlichkeit als Träger krankhafter Erbanlagen erscheinen läßt«. Aber § 1333 läßt sich, wie er später betont (S. 230), »natürlich« »nur dann zur Ehelösung verwenden, wenn ein Ehegatte selbst manifest erbkrank wird«. Daß mein Standpunkt berechtigte Bedenken wachrufen kann, habe ich nie übersehen.

Erst nachdem ich mein Gutachten für das Gericht erstattet hatte, erhielt ich Kenntnis von der Kritik, die *Maßfeller*[22]) an der Entscheidung des Reichsgerichts vom 30. 9. 1935 übt; er bespricht die Anfechtung einer Ehe bei Nuranlageträgern und stellt dabei ähnliche Erwägungen an, wie ich es getan hatte. Insbesondere nimmt er ebenfalls auf die auch von mir herangezogenen Grundsätze für die Bewilligung eines Ehestandsdarlehns und freiwillige Eheberatung Bezug und möchte im Anschluß daran »glauben, daß diese Richtlinien auch bei der Entscheidung der Frage, ob der mit einem Nuranlageträger verheiratete Ehegatte die Ehe anfechten kann, Berücksichtigung verdienen. Es wird also immer«, fährt er fort, »in jedem Einzelfall unter Berücksichtigung der erb-

[22]) D. Justiz 1935, S. 1828; vgl. Erbarzt 1936, S. 90.

Digitized by Google

biologischen Verhältnisse der Blutsverwandten geprüft werden müssen, ob nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft mit größter Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, daß die Nachkommen des Anlageträgers in erheblich höherem Grade erblich belastet sein werden, als die Durchschnittsbevölkerung. Es ist deshalb richtig, wenn das Reichsgericht darauf abstellt, ob die Anlage sich auf die Nachkommen vererbt und diese erbkrank macht. Generell wird man also die Frage, ob der Ehegatte eines Nuranlageträgers die Ehe anfechten kann, nicht entscheiden dürfen«.

In Fortführung dieses Gedankens sagt *Maßfeller* wörtlich: »Wenn im Einzelfall der ärztliche Sachverständige mit Sicherheit feststellen kann, daß ein Ehegatte im Erbbild Träger einer der im Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses bezeichneten Krankheiten ist, dann wird der andere Ehegatte die Ehe anfechten können, weil ja mit der Erzeugung von im Erbkeim geschädigten Nachkommen gerechnet werden muß«.

Aus einer Entscheidung des Oberlandesgericht Hamburg[23]) vom 24. 7. 1935, die ich ebenfalls erst später kennenlernte, entnehme ich folgenden Satz: »Die Konsequenz der Reichsgerichtsentscheidung ist, daß auch die Ehen der Geschwister anfechtbar sind, wenn in der Familie Schizophrenie festgestellt ist, einerlei, ob sie selbst erbkrank oder nur Anlageträger sind. Dieses Ergebnis entspricht durchaus den Tendenzen des nationalsozialistischen Staates. Es sollen nach Möglichkeit solche Ehen, in denen ein Teil erbkrank ist, getrennt werden, um dem gesunden Ehepartner die Möglichkeit zu geben, in einer anderen Ehe mit einem erbgesunden Gatten eine gesunde Nachkommenschaft hervorzubringen. Das ist offenbar der tiefere Grund, aus dem das Reichsgericht die Anfechtung der Ehe im Falle einer Erbanlage zur Schizophrenie erleichert hat.«

Schließlich noch eine Bemerkung zu dem von mir begutachteten Fall. Der Anfechtungskläger hätte meines Erachtens mit mehr Nachdruck, als es geschehen ist, darauf hinweisen können, daß der Gegner ihm nicht in vollem Maße die nötige Aufklärung gegeben hat. Der Beklagte hatte zwar dem Vater der Klägerin auf dessen Befragen gesagt, daß lediglich einmal sein Bruder einen »Nervenzusammenbruch« erlitten und sich in einer Landesheilanstalt befunden habe; er sei aber inzwischen entlassen und leiste jetzt zu Hause gute Arbeit. Der Beklagte wußte aber sehr wohl, daß zwei seiner Geschwister sterilisiert waren. Er teilte das aber seinem Schwiegervater nicht mit, weil »die Tatsache der Sterilisierung doch nicht in die Öffentlichkeit kommen solle«, ein Einwand, dessen Unhaltbarkeit er selber ohne weiteres auf meinen Vorhalt zugab.

[23]) Höchstricht. Rechtspr. 1935, Nr. 1594.

Digitized by Google

Auch konnte er nicht bestreiten, daß er um die Schizophrenie seiner beiden Geschwister und um das Wesen dieser Krankheit Bescheid wußte. Freilich konnte der Beklagte zu seiner Entlastung darauf hinweisen, daß er einen beamteten Arzt um Rat gefragt habe; von ihm habe er erfahren, daß er selber, wenn er auch vielleicht schizophrene Geschwister habe, nicht unbedingt krank sein müsse; man könne heute noch nicht mit Bestimmteiht eine verborgene Erbanlage feststellen. Freilich war dem Arzt damals nicht bekannt, daß diese zwei Geschwister sterilisiert waren.

Der Beklagte nahm den Schutz des § 1339, den die Innehaltung der Anfechtungsfrist gewährt, nicht für sich in Anspruch, so daß ich mich über diese Frage nicht zu äußern brauchte. Die Frist beginnt in dem Zeitpunkt zu laufen, in dem der Anfechtungsberechtigte das Leiden des Gegners in seiner ganzen Schwere und Tragweite als solches mit Sicherheit erkannt hat. Bloßer Verdacht, bloße Vermutungen reichen nicht aus; ebensowenig genügt es, daß die Unkenntnis nur auf Fahrlässigkeit beruht. Es liegt auf der Hand, daß diese Erkenntnis dem Laien vielfach erst durch ein ärztliches Gutachten, das vielleicht gelegentlich des Ehescheidungsprozesses erstattet wird, zugänglich zu werden pflegt.

Ich habe natürlich Veranlassung genommen, mit dem Beklagten, einem, wie ich schon oben hervorhob, gebildeten Mann, den Tatbestand genau durchzusprechen und ihm auch zu erklären, daß er meiner Überzeugung nach verpflichtet sei, im völkischen Interesse das Opfer einer Nichtheirat zu bringen.

Eine Heirat mit einer von Hause aus unfruchtbaren Frau oder einer sterilisierten Frau, an die er dachte, ist nach dem Wortlaut des Gesetzes ausgeschlossen, sofern er nicht § 30 der ersten Verordnung (29. XI. 1935) zur Durchführung des Ehegesundheitsgesetzes (§ 6) mit Erfolg in Anspruch nimmt. Eine freiwillige Sterilisation, mit welcher Möglichkeit der Beklagte, wenn auch nur andeutungsweise, rechnete und die die Heirat mit einer fortpflanzungsunfähigen Person zulassen würde (§ 1 Abs. 2 des Ehegesundheitsgesetzes), kommt für den Beklagten, wie sich wohl von selbst versteht, nicht in Frage.

Ich ließ den Beklagten auch darüber nicht im Unklaren, daß ihm ein Ehetauglichkeitszeugnis zwar nicht verweigert werden könne, daß aber vermutlich jedes Gesundheitsamt ihm von der Eheschließung abraten würde. Vorausgesetzt, daß er auch dem Gesundheitsamt alles das mitteile, was mir bekannt geworden sei und was er auch später vermutlich durch das Urteil des Landgerichts erfahren werde. Ich betonte ihm gegenüber, daß er zu rückhaltloser Offenheit nicht nur moralisch, sondern auch nach dem Sinn und Zweck des Gesetzes verpflichtet sei. Im Ehegesundheitsgesetz ist zwar nicht ausdrücklich vorgeschrieben, daß das Gesundheitsamt

Digitized by Google

das Standesamt benachrichtige, es habe von der Eheschließung abgeraten. Ebensowenig auch eine Verpflichtung des Gesundheitsamts zu einer entsprechenden Mitteilung an den gesunden Verlobten. Wie ich annehme, nicht ohne Grund, um dem ganzen Verfahren nicht den Charakter einer Eheberatung zu nehmen. Ich möchte aber annehmen, daß das Gesundheitsamt auch ohne eine derartige Vorschrift, wenn es Gelegenheit und Veranlassung hat, den einwandfreien Verlobten unterrichten wird und darf, auch ohne ausdrückliche Genehmigung des anderen.

Auf jeden Fall ist der Verlobte, dem von der Eheschließung abgeraten wird, verpflichtet, seinem Partner dies mitzuteilen. Sieht der andere trotzdem von der Heirat nicht ab, so hat er das Anfechtungsrecht verwirkt, sofern nicht neue Tatsachen ihm später ein solches geben. Kommt aber die Heirat zustande, ohne daß der gesunde Verlobte unterrichtet war, so steht ihm das Anfechtungsrecht, und zwar meines Erachtens wegen arglistiger Täuschung, § 1334, mit den sich daraus ergebenden Folgen zur Seite.

Es liegt auf der Hand, daß die Einführung eines Ehegesundheitszeugnisses dazu führen wird, daß im Laufe der Zeit Anfechtungsklagen, soweit es sich wenigstens um Schizophrenie handelt, zunehmend seltener werden. Ausgenommen die Fälle, in denen Umstände, die zur Verweigerung des Ehetauglichkeitszeugnisses geführt hätten oder auch nur zum Abraten von einer Heirat Veranlassung hätten geben können, erst später bekanntgeworden sind. Vor allem besteht ja aber auch die Möglichkeit, daß erst nach der Eheschließung die Krankheit auf Grund einer Anlage ausbricht, die nicht einmal zum Abraten von der Heirat genügt haben würde.

Wie in meinem Gutachten, möchte ich auch hier bemerken, daß das Gutachten mit seinen Vorarbeiten mich unverhältnismäßig lange in Anspruch genommen hat und daß ich mich dauernd des Gefühls eines Mißbehagens nicht erwehren konnte. Liegt es doch auf der Hand, daß die Anfechtung vielfach nur als ein willkommener Anlaß, um nicht zu sagen, geradezu als Vorwand, als ein Scheingrund zu einer von einem oder auch vielleicht von beiden Ehegatten gewünschten Lösung der Ehe in Anspruch genommen wird, die sonst nicht erreicht würde oder werden kann; und dem Psychiater fällt dabei — diese Offenheit wird man mir nicht verargen — keine beneidenswerte Aufgabe zu. Die Anfechtungsklage tritt eben oft genug an die Stelle der Scheidungsklage, wie in verschiedenen der vom Reichsgericht entschiedenen Fälle. Auch in dem von mir begutachteten Falle hatte jeder Ehegatte die Scheidungsklage wegen ehelicher Untreue angestrengt. Ob mit Recht, lasse ich dahingestellt. Ich hatte mich nach dem mir vom Gericht gewordenen Auftrage zu der Frage der Anfechtung zu äußern;

Digitized by Google

nach dem Gesetz geht ja die Anfechtungsklage der Scheidungsklage voraus, weil eine nichtige Ehe nicht geschieden werden kann.

Der Einwand, die Anfechtung der Ehe lediglich im Hinblick auf eine Anlage werde gar zu häufig und zu leicht mißbraucht, und zwar vor allem in dem Sinne, daß der anfechtende Gatte eine aus einem anderen Grunde zerrüttete Ehe, deren Trennung — vielleicht gerade wegen seines alleinigen Verschuldens! — sonst nicht möglich ist, so zu lösen versucht, liegt sehr nahe. Mit dieser Frage hat sich auch das Reichsgericht[24]) eingehend befaßt. Vom juristischen Standpunkte aus ist bemerkenswert, daß ein Hinweis auf eine unzulässige Rechtsausübung nicht berechtigt ist; wird ja doch die Ehe für nichtig erklärt lediglich wegen der Anlage, aber nicht wegen der Geisteskrankheit, die nach Ansicht des Beklagten etwa auf das ehewidrige Verhalten des Klägers zurückzuführen wäre.

Für den Psychiater, der ja oft genug auch in solchen Fragen um Rat gebeten wird oder auch selber aus eigenem Antriebe einen solchen erteilt, ist die Kenntnis der Folgen einer erfolgreichen Anfechtung wichtig. Auch hier folge ich den Ausführungen des Reichsgerichts und ihrer Kritik von Maßfeller[25]). »Gewiß«, sagt ***Maßfeller***, »sind manche Folgen der Nichtigkeitserklärung in den hier erörterten Fällen unerfreulich. Es wäre vielleicht richtiger, wenn die Frau nicht gezwungen würde, den ihr nach § 1616 BGB. zukommenden Familiennamen wieder aufzugeben, und wenn sie nicht die durch die Eheschließung des Mannes erworbene Staatsangehörigkeit verlieren würde«. Indessen steht die Frau, sofern beide Ehegatten sich geirrt haben »— und in diesem Punkte widerspricht er ***Grunau*** —« recht günstig, nach § 1345 und § 1346 Satz 2 nämlich so, als wenn die Ehe auf ihre Klage aus Verschulden des Mannes geschieden worden wäre. Eine weitere Besserstellung dürfte auch der Billigkeit nicht entsprechen«. Diese Richtigstellung gilt auch gegenüber ***Wilhelm Schmitz***, der im Anschluß an die Reichsgerichtsentscheidung vom 30. VII. 1936 bemängelt, daß der Kläger der kranken Frau keinen Pfennig Unterhalt zu zahlen brauche, diese also voraussichtlich der Volksgemeinschaft zur Last falle. Wenn ***Schmitz*** aber schreibt: »Ob die Entscheidung ... sozialethisch das Richtige trifft, lasse ich dahingestellt«, so stimme ich ihm zu, noch mehr, wenn er meint, für den Kläger wäre es jedenfalls sauberer gewesen, die Anfechtungsklage nicht im Verlaufe seiner seit Jahren zu einer Zeugin unterhaltenen ehebrecherischen Beziehungen anzustrengen.

Die Erstattung des Gutachtens ließ immer wieder ein peinliches Gefühl in mir aufkommen, nicht zuletzt im Hinblick auf die Gefahren, die sich aus einer gar zu weitherzigen — gar nicht zu re-

[24]) RG. 30. VII. 1936, JW. 1936, S. 3043.
[25]) JW. 1936, S. 3045.

Digitized by Google

den natürlich von einer uneingeschränkten — Berechtigung der Anfechtungsklage gegenüber einem Anlageträger ergeben. Es würde zu weit führen, wäre auch vielleicht nicht meines Amtes, hier darzulegen, wie dieser Gefahr vorgebeugt werden kann. Nur die eine Bemerkung sei mir gestattet, daß der Richter natürlich auch die persönliche Denk- und Empfindungsweise des Anfechtungsklägers berücksichtigen wird und muß. Ich möchte aber ebensowenig verschweigen, daß mir der Gedanke, die Ehe sei vollkommen zerrüttet und eine Heilung sei nicht mehr zu erwarten — die Schriftsätze der Parteivertreter, die ja ein mehr oder weniger treues Spiegelbild der Stellungnahme der Parteien darstellen, ließen darüber keinen Zweifel —, mir die Entscheidung ein wenig erleichtert hat. Ich bin der Letzte, der nicht weiß und nicht überzeugt ist, daß der Sachverständige lediglich an das Gesetz und den ihm übermittelten Tatbestand gebunden ist. Ich möchte aber doch, die Bemerkung sei mir gestattet, glauben, daß auch der Richter sich derartigen Erwägungen nicht völlig verschließen kann, wie man ja auch aus manchen Entscheidungen des Reichsgerichts entnehmen darf. So unzweideutig auch die schon oben, S. 310, erwähnte Stellungnahme der Akademie für Deutsches Recht ist, wenn sie die Ehe als eine dauernde Lebensgemeinschaft anspricht, so läßt sie doch darüber keinen Zweifel, daß da, wo unüberbrückbare Gegensätze bestehen, auch im Interesse der Allgemeinheit eine dauernde Zusammenkettung der Menschen nicht angängig ist. Und das gilt besonders dann, wenn der Anfechtungskläger erbgesund und fortpflanzungsfähig ist[26]).

Ich möchte nicht schließen, ohne darauf hinzuweisen, daß der Gesetzgeber des BGB. dem § 1333 eine erfreulich dehnbare Fassung gegeben hat, die seine Anwendbarkeit[27]) zwanglos ohne Inanspruchnahme einer im Strafgesetzbuch ja ausdrücklich zugelassenen Analogie auch heute noch, nach mehr als drei Jahrzehnten, obwohl sich in der Zwischenzeit unsere Anschauungen in völkischer und ärztlicher Beziehung grundlegend geändert haben, zuläßt.

[26]) § 1 des Gesetzesvorschlages zu den Ehescheidungsgründen hat folgenden Wortlaut: Die Ehe ist grundsätzlich unlösbar.

Nur solche Ehen, denen für dauernd die sittliche Grundlage entzogen und deren Aufrechterhaltung vom Standpunkt des Gemeinwohls weder geboten noch erwünscht ist, können nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen geschieden werden.

§ 8. Ein Ehegatte kann auf Scheidung der Ehe antragen, wenn aus einem sonstigen Grund (d. h. ohne schuldhaftes Verhalten des anderen Ehegatten) das eheliche Verhältnis so tief zerrüttet ist, daß die Wiederherstellung einer dem Wesen der Ehe entsprechenden Lebensgemeinschaft nicht mehr erwartet werden kann.

[27]) Um allen Mißverständnissen vorzubeugen, sei ausdrücklich betont, daß meine Ausführungen von Seite 310 ab sich nur auf die Schizophrenie als Erbkrankheit beziehen.

Digitized by Google

Zusammenfassung: Überblickt man die für die Rechtsprechung maßgebenden Entscheidungen des Reichsgerichts, die es in der Frage der Anfechtung der Ehe wegen Geisteskrankheit, insbesondere wegen Schizophrenie getroffen hat, so ergibt sich, daß die Voraussetzungen für die Nichtigkeit der Ehe zunehmend erweitert sind. Ursprünglich mußte die Geisteskrankheit schon vor der Ehe, wenn auch vielleicht nur andeutungsweise, bestanden haben. Dann genügte der Ausbruch der Geisteskrankheit bei dem bis dahin gesunden Beklagten während der Ehe, sofern die Anlage mit Notwendigkeit zur Geisteskrankheit führen mußte. Dann reichte die überwiegende Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhanges aus. In diesen beiden Fällen war aber vorausgesetzt, daß nicht besonders mißliche Umstände den Ausbruch der Geisteskrankheit herbeigeführt haben. Jetzt aber rechtfertigt im heutigen Recht schon die Tatsache des Ausbruchs der Schizophrenie die Anwendung des § 1333, ganz gleichgültig, ob besondere mißliche Umstände, insbesondere ehewidriges Verhalten des Klägers, die Psychose verursacht oder ausgelöst haben. Es genügt eben schon die alleinige Anlage zur Schizophrenie. Ob aber die Anlage, wenn die Schizophrenie nicht oder noch nicht ausgebrochen ist, beweisbar ist, ist nur von Fall zu Fall unter Mitwirkung des Psychiaters mit der gebotenen Vorsicht zu entscheiden.

Nachschrift. Bei der Korrektur erhalte ich Kenntnis von folgender grundlegenden Entscheidung des Reichsgerichts vom 3. XII. 1936 JW. 1937 S. 616 mit einer zustimmenden Anmerkung von *Maßfeller*. Ich muß mich damit begnügen, hier nur den Rechtssatz wörtlich wiederzugeben: »Die Auffassung, daß nach dem heutigen Stand der Wissenschaft und der Gesetzgebung die Anfechtung einer Ehe wegen Irrtums beschränkt bleiben müsse auf diejenigen Fälle, in denen die Erbkrankheit bei dem anderen Ehegatten bereits manifest geworden ist, ist rechtsirrtümlich. In solchen Fällen, in denen eine Manifestation der Erbkrankheit noch nicht stattgefunden hat, sind jedoch besonders große Anforderungen an die Beweisführung des anfechtenden Ehegatten zu stellen.«

Digitized by Google

Schrifttum.

Auert, Hermann: Die Eheauflösung im neuen deutschen Recht. — Berlin 1936.

Bergmann: Gegenwartsfragen des Eherechts. — Schlegelbergers Festschrift 1936, S. 271.

Bovensiepen, Otto Rudolf: Die Reform des Ehescheidungsrechts. — Berlin 1936.

Brandis: Die Ehegesetze von 1935. — Berlin.

Bückmann: Schizophrenie und § 1333 B. G. B. D. Ztsch. f. d. ges. ger. Med. Bd. 28. 1937, S. 388.

Ermel: Schizophrenie als Eheanfechtungsgrund. Ztsch. f. ärztl. Fortbild. 1936, S. 53.

Flügge: Anfechtung der Ehe und erbbiologisches Denken. — Leipz. Ztsch. f. d. Recht. 1933, S. 1054.

Ders. Erbbiologisches Denken in Justiz und Verwaltung. — Berlin 1933.

Grunau: Erbkrankheit und Ehenichtigkeit. — J.W. 1935, S. 3080.

Ders. Ehetauglichkeit. — Zeitschr. d. Akad. f. Deutsch. Recht 1936, Bd. III, S. 237.

Gütt: Der Begriff der Erbkrankheit in der Gesetzgebung. — Dt. Recht 1935, S. 30.

Ders. Der Durchbruch erbpflegerischen Denkens. Schlegelbergers Festschrift. 1936. S. 253.

Gütt, Linden, Maßfeller: Blutschutz- und Ehegesundheitsgesetz. 1936.

Gütt, Rüdin, Ruttke: Zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. 1. u. 2. Aufl.

Helmreich: Rassen- und Erbhygiene im neuen Eherecht. — Münch. med. Wochenschr. 1936, S. 480.

Hübner: Das Eherecht der Geisteskranken und Nervösen. — 1921.

Liebnitz: Geisteskrankheit, Erbanlage und Eheanfechtung. — Die Medizin. Welt X, 1936, S. 940.

Ders. Schizophrenie und Anfechtung der Ehe. — Der Erbarzt 1936, S. 92.

Ders. Eheanfechtung wegen Gefährdung der Nachkommenschaft. — Deutsche Justiz 1935, S. 1522.

Ders. Eheanfechtung und Ehescheidung wegen erblicher Geisteskrankheit. — Deutsche med. Wochenschr. 1936, S. 518.

Luxenburger: Der Begriff der »Belastung« in der Eheberatungstätigkeit des Arztes. — Der Erbarzt 1935, II, Nr. 12.

Ders. Die wichtigsten neueren Ergebnisse der empirischen Erbprognose. — Der Erbarzt 1936, III, S. 129.

Ders. Der heutige Stand der empirischen Erbprognose in der Psychiatrie. — Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 81, S. 1; Bd. 82, S. 1, 1936.

Ders. Zur Frage der Erbberatung in den Familien Schizophrener. — Medizin. Klinik 1936, XXXII, Nr. 34, S. 1136.

Ders. Persönlichkeit und rassenhygienische Auslese. — Der öffentl. Gesundheitsdienst 1936 II, S. 697.

Maßfeller: Das Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit. — J.W. 1935, S. 3065.

Ders. Erbkrankheit und Eheanfechtung. — D. Justiz, 1936, S. 1287.

Digitized by Google

*Ders. Eheanfechtung bei vererblichen geistigen Erkrankungen. — Der Dt. Justizbeamte XXXV, 1936, S. 514, 541.
*Ders. Die Gesetze der Vererbung. J.W. 1937, S. 8.
Ders. Eheanfechtung nach Anordnung der Unfruchtbarmachung wegen Schizophrenie. — Der Erbarzt III, 1936, S. 89.
Ders. Antworten auf Fragen zur deutschen Gesundheitsgesetzgebung. — D. Justiz 1936, S. 1846.
Ders. Nationalsozialistische Neugestaltung des Eherechts. — Dt. Jur.-Zeitg. 1936, 41. Jg., S. 607.
Möβmer: Neugestaltung des Deutschen Ehescheidungsrechtes. — Schriften d. Akademie f. Deutsches Recht.
Ders. Neugestaltung des Eherechts. — J.W. 1936, S. 353.
Ders. Die Grundsätze der Erb- und Rassenpflege. Ztsch. d. Akad. f. Deutsch. Recht II, S. 763.
Nitsche: Erbpflege im Familienrecht. — Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 104, S. 208, 1936.
Panse, Friedrich: Erbfragen bei Geisteskrankheiten. — Leipzig 1936, J. A. Barth.
Pesch, K. L.: »Erbkrank« — »Erbanlagekrank«. — Der Erbarzt II, 1935, S. 45.
Reinheimer: Inwieweit ist bei geistigen und schweren nervösen Erkrankungen eine Anfechtung der Ehe auf Grund des § 1333 möglich? — D. Zeitschr. f. d. ges. ger. Medizin Bd. 7, 1926, S. 80.
Ristow, Erich: Erbgesundheitsrecht. — Stuttgart 1935.
**Rüdin:* Eheanfechtung bei Schizophrenie. M. m. W. 1937, S. 30.
**Rumpf:* Anfechtung der Ehe. Danziger Jurist. Zeit. 1936, 105.
Ruttke: Erbpflege im Familienrecht. — Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 104, 1936, S. 233.
Schiedermair: Krankheit und Eheanfechtung und Ehescheidung. — Münch. med. Wochenschr. 1927, S. 116.
Schläger: Die Eheanfechtung in der neuen Rechtsprechung. — Münchner med. Wochenschr. 1936, S. 1976 (vgl. S. 83).
Schmitz, Wilhelm: Zwei reichsgerichtliche Urteile von grundsätzlicher Bedeutung. — Medizin. Welt X, 1936, S. 1706.
Schneider, Herbert: Eheanfechtung und Neugestaltung des Eherechts. — Dtsch. Recht 1936, S. 268. (Vgl. Das Recht 1936, S. 6085.)
Ders. Eheanfechtung und Verhütung erbkranken Nachwuchses. — Der Erbarzt 1935, II, S. 108.
Schnurbein, von: Dürfen die Blutsverwandten erbkranker Personen heiraten? — Der Erbarzt 1935, II, S. 171.
Scholtz: Zur Neugestaltung des Deutschen Ehescheidungsrechts. Zeitschr. Akad. für Deutsch. Recht III, 1936, S. 317.
Schultze: Nachschrift zu dem Aufsatz von Skalweit und Schiersmann über Sterilisierungsgesetz und Ehe. — Deutsche Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Med. Bd. 24, S. 165, 1935.
Siebert: Schutz der Ehe als Interessenschutz. — Deutsche Rechtswissenschaft Jg. I, H. 1.

Die mit * bezeichneten Arbeiten habe ich erst bei der Korrektur kennen gelernt; sie sind somit im Text nicht verwertet.

Digitized by Google

Skalweit und *Schiersmann:* Sterilisierungsgesetz und Ehe. — Deutsche Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Med. Bd. 24, S. 150, 1935.
Verschuer, von: Erbpathologie. — Dresden 1934.
Weygandt: Erbbiologische Ehegesetze vom psychiatrisch-neurologischen neurologischen Standpunkt. — Medizin. Welt 1935, Nr. 28/29.

Gerichtsentscheidungen.

1. Entscheidungen des Reichsgerichts:

18. VI. 1934, J.W. 1934, S. 2844.
28. II. 1935, Warn. Rechtspr. 1935 Nr. 70.
18. VII. 1935, J.W. 1935, S. 3097.
6. V. 1935, Warn. Rechtspr. 1935 Nr. 118.
30. IX. 1935, J.W. 1936, S. 179.
19. IX. 1935, J.W. 1936, S. 249.
5. III. 1936, J.W. 1936, S. 1668.
8. VI. 1936 (Vaginismus), J.W. 1936, S. 2536.
30. VII. 1936, J.W. 1936, S. 3043.
*3. XII. 1936, J.W. 1937, S. 616 (mit Anmerkung von *Maßfeller*), vgl. Erbarzt IV 1937, S. 38, vgl. Anmerkung auf S. 335 dieser Arbeit.

2. Entscheidungen der Oberlandesgerichte:

Dresden 26. X. 1934, Dt. Juristenzeitg. 1935, Nr. 574.
Karlsruhe, Der Erbarzt II, S. 168.
Hamburg, 24. VII. 1935, Höchstr. Rechtsp. 1935, S. 1594; und 25. IX. 1936, Jur. Woch. 1937, S. 962.
Hamm, von mir veröffentlicht: Dt. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Medizin 1935, S. 157.
Obergericht Danzig, 23. XI. 1935, J.W. 1936, S. 1978.

3. Entscheidungen der Landgerichte:

Schwerin, 26. III. 1934, Dt. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Medizin 1935, S. 157.
Göttingen, 8. II. 1935, J.W. 1935, S. 1895; Dt. Justiz 1934, S. 851.
Göttingen, 18. VIII. 1936, D. Justiz 1936, S. 1897.

Digitized by Google

Irrenstatistik der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater (Psychiatrische Abteilung) für das Jahr 1935.

Es waren, was die öffentlichen Anstalten anlangt, leider nicht zu erlangen die Statistiken der Heil- und Pflegeanstalten Bernburg und Wehnen, der Universitätsklinik Jena und der städtischen Klinik Jena.

Somit erstreckt sich die nachstehende Jahresübersicht auf 128 öffentliche Heil- und Pflegeanstalten, 20 Universitätskliniken, 15 städtische Kliniken, Anstalten und Abteilungen, 93 gemeinnützige und Privatanstalten.

So sehr es zu bedauern ist, daß auch für 1935 noch nicht eine wirklich lückenlose Statistik zustandegekommen ist, so ist es doch immerhin ein Fortschritt gegenüber den vorhergehenden Jahren, daß 1935 nur noch 4 öffentliche Anstalten und Kliniken fehlen.

In der nachstehenden Übersicht sind also 256 Anstalten und Kliniken enthalten.

Dr. *Nitsche.*

Gesamtzahl der Kranken in den 256 deutschen Anstalten und Kliniken:

	Anfangsbestand 1935			Zugang 1935		
	männl.	weibl.	zus.	männl.	weibl.	zus.
Öffentliche, Privat- u. charitative Anstalten	75581	77882	153463	28622	28544	57166
Psychiatr. u. Nervenkliniken bzw. städt. Anstalten u. Abtlgn.	2637	2717	5354	27782	21477	49259
zus.	78218	805599	158817	56404	50021	106425

	Abgang 1935			Endbestand 1935		
	männl.	weibl.	zus.	männl.	weibl.	zus.
Öffentliche, Privat- u. charitative Anstalten	27482	27919	55401	76721	78507	155228
Psychiatr. u. Nervenkliniken bzw. städt. Anstalten u. Abtlgn.	28339	22055	50394	2080	2139	4219
zus.	55821	49974	105795	78801	80646	159447

Digitized by Google

1935	Prozentzahl der Aufnahmen		Prozentzahl d Endbestande	
	Kliniken	Anstalten	Kliniken	Anstal
Es litten an				
Schwachsinnszuständen (1a—c) .	4,31	12,14	4,29	21,5
Psychischen Störungen nach Hirnverletzungen (2a—b)	3,15	0,62	1,24	0,3
Progressiver Paralyse (3)	5,03	7,19	7,53	4,1
Psychischen Störungen bei Lues cerebri u. Tabes (4).....	1,48	0,83	1,39	0,53
Encephalitisfolgen (5)	1,01	0,96	0,99	0,93
Psychischen Störungen des höheren Lebensalters (6a—d)	8,04	12,36	9,36	5,58
Huntingtonscher Chorea (7)	0,12	0,17	0,28	0,14
Psychischen Störungen bei anderen Hirnkrankheiten (8)	2,14	0,60	1,91	0,35
Symptomatischen Psychosen (9a—d)	2,55	1,64	2,46	0,54
Alkoholismus (10a—d)	4,33	4,05	3,43	1,41
Suchten (11)	0,64	0,83	0,71	0,17
Psychischen Störungen bei anderen Vergiftungen (12)	0,27	0,15	0,18	0,04
Epilepsie (13a—b).....	7,41	6,51	6,11	9,61
Schizophrenie (14)	15,61	33,29	30,64	46,64
Manisch-depressiver Formenkreis (15a—b)	4,76	5,23	9,07	3,15
Psychopathie (16)	11,25	5,90	5,83	2,07
Abnorme Reaktionen (17a—f) ..	9,79	3,99	4,93	1,53
Psychopathische Kinder und Jugendliche (18)	0,99	0,50	1,20	0,37
Ungeklärte Fälle (19)	2,13	0,96	1,13	0,21
Nervenkrankheiten ohne psychische Störungen (20)	12,15	0,70	6,63	0,16
Nicht nervenkrank und frei von psychischen Abweichungen (21)	2,56	1,10	0,59	0,12

Digitized by Google

			Abgang		
insgesamt			nach Abzug der V legungen in and Anstalten		
m.	w.	zus.	m.	w.	z
3504	2992	6496	2711	2287	
340	258	598	209	176	
21	48	69	8	20	
91	14	105	86	14	
191	30	221	174	27	
2530	1294	3824	2208	1177	
282	200	482	250	178	
293	228	521	244	205	
1233	1008	2241	1137	907	
348	1253	1601	313	1128	
910	1780	2690	830	1607	
29	66	95	26	60	
42	49	91	41	39	
156	162	318	138	150	
94	172	266	94	167	
133	192	325	129	180	
32	107	139	24	92	
—	129	129	—	124	
10229	82	20211	8622	8538	1

10. Alkoholism
    a) Rauschzus
    b) Chronische
    c) Delirium t
    d) Korssakow
    rhagica)..
11. Suchten (M
12. Psychische
    Schlafmittel,
    stoff, Kohlenc
13. a) Epilepsie
    b) symptom
    anderen G
14. Schizophrei
15. Manisch-de
    a) manische
    b) hyperthym
16. Psychopath
17. Abnorme R
    a) paranoisch
    lungen (Q
    b) depressive
    c) Haftreakti
    d) Rentenneu
    e) andere psy
    f) induziertes
18. Psychopath
    Vollendung
19. Ungeklärte
20. Nervenkran
21. Nicht nerve
    weichungen

Digitized by Google

Abgang									
	nach Abzug der Verlegungen in andere Anstalten			darunter Todesfälle			Bestand am 31. 12. 1935		
zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
20211	8622	8538	17160	3136	3336	6472	28460	24950	53410
286	235	32	267	6	—	6	114	18	132
1721	1455	113	1568	74	24	98	1610	204	1814
131	102	16	118	19	2	21	134	15	149
23	12	8	20	2	1	3	81	20	101
454	296	133	429	13	6	19	173	99	272
71	40	30	70	9	4	13	34	35	69
3555	1587	1277	2864	457	412	869	7236	6131	13367
362	185	131	316	49	33	82	806	755	1561
17956	6886	7988	14874	1017	1777	2794	32977	39422	72399
3008	790	1929	2719	110	240	350	1480	2989	4469
206	66	117	183	5	10	15	137	289	426
3432	1811	1313	3124	46	82	128	1542	1682	3224
517	216	227	443	23	36	59	635	598	1233
941	371	520	891	9	20	29	189	381	570
192	136	32	168	1	1	2	116	42	158
129	101	22	123	—	—	—	53	9	62
483	223	236	459	5	7	12	149	191	340
3	2	1	3	—	—	—	7	7	14
354	136	118	254	1	2	3	407	170	577
449	217	207	424	19	25	44	143	183	326
409	242	148	390	5	11	16	131	125	256
608	339	210	549	7	6	13	107	92	199
55401	24070	23346	47416	5013	6035	11048	76721	78507	155228

Digitized by Google

Personalnachrichten.

Obermedizinalrat Dr. Simon

feierte am 22. 3. 1937 seinen 70. Geburtstag. Die deutsche Psychiatrie verdankt ihm den Anstoß zu einer ihrer entscheidenden Reformbewegungen: die aktive Therapie der Psychosen und Arbeitstherapie. Noch längst nicht sind die praktischen und theoretischen Möglichkeiten, zu denen Simon den Anstoß gegeben hat, ausgeschöpft. Er selbst hat sein Werk schon zu einer Höhe gefördert, die Bewunderung verdient. Aber noch hat die klinische Psychiatrie nicht genügend erkannt, welche Fülle von Erkenntnissen auch in nosologischer Beziehung aus der aktiven Therapie erwachsen. Gerade wer die Verhältnisse der Anstalt und der Klinik in gleicher Weise zu überblicken vermag, wird erkennen, wie dringend erforderlich es ist, daß *Simons* Werk eine Fortsetzung in allen Instituten findet, die sich mit der Pflege, Betreuung und Erforschung der Geistesstörungen abgeben. Ich wüßte keinen besseren Wunsch für *Simon* als den, daß er die allmähliche Durchdringung auch der theoretischen Psychiatrie von seinen praktischen Ansätzen aus noch lange Jahre mit verfolgen könnte.

Geheimrat Dr. Illberg zum 75. Geburtstag.

Am 2. 4. 1937 feierte Geh.-Rat *Ilberg* seinen 75. Geburtstag. Seine Tätigkeit als Schriftführer des Deutschen Vereins für Psychiatrie und als Herausgeber der Allgemeinen Zeitschrift ist noch so gut in Erinnerung, daß wir in eine Würdigung seines Wirkens nicht einzutreten brauchen.

Die Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie gedenkt ihres früheren langjährigen Herausgebers zu diesem Tage mit herzlichen Wünschen.

Die Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater

hält ihre diesjährige wissenschaftliche Tagung in der Zeit vom 20. bis 22. September 1937 in München ab.

Es werden folgende Berichte erstattet:

1. Neurologische Sitzung (20. IX.).
   Über Hirngeschwülste.
   Berichterstatter: *Gagel*-Breslau, *Pette*-Hamburg, *Tönnis*-Würzburg.
2. Neurologisch-psychiatrische Sitzung (21. IX.).
   Epilepsie.
   Berichterstatter: *v. Braunmühl*-Eglfing-Haar, *Conrad*-München, *Pohlisch*-Bonn, *Stauder*-München.
3. Psychiatrische Sitzung (22. IX.).
   Das Experiment in Psychotherapie und Berufsberatung.
   Berichterstatter: *Enke*-Marburg, *Graf*-Dortmund.

Am 23. IX. vormittags hält der Ausschuß für praktische Psychiatrie eine Sitzung ab.

Vortragsanmeldungen bis spätestens 15. Juli d. Js. erbeten an den Geschäftsführer Professor Dr. *Nitsche* in Pirna, Bezirk Dresden.

Digitized by Google

Digitized by Google

MEDICAL LIBRARY
FEB 11 1938

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITWIRKUNG VON

BERZE-Wien, BLEULER-Zürich, BONHOEFFER-Berlin, FISCHER-Berlin-Dahlem, KLEIST-Frankfurt a. M.

DURCH

CARL SCHNEIDER
HEIDELBERG

OFFIZIELLES ORGAN DER
PSYCHIATRISCHEN ABTEILUNG DER
GESELLSCHAFT DEUTSCHER NEUROLOGEN UND PSYCHIATER

MIT BEILAGE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHISCHE HYGIENE

HUNDERTUNDSECHSTER BAND

AUSGEGEBEN AM 28. DEZEMBER 1937

BERLIN UND LEIPZIG 1937

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG — J. GUTTENTAG, VERLAGS-BUCHHANDLUNG — GEORG REIMER — KARL J. TRÜBNER — VEIT & COMP.

Digitized by Google

Die „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie" mit der Beilage „Zeitschrift für psychische Hygiene" kann durch alle Buchhandlungen oder direkt vom Verlag bezogen werden. Preis für den Band im Umfang von etwa 36 Bogen Rm. 30.—. Jährlich erscheinen 3 Bände, deren Hefte in zwangloser Folge zur Ausgabe gelangen. Die Beilage „Zeitschrift für psychische Hygiene" erscheint 6 mal im Jahre. Der Literaturbericht wird jährlich mit besonderer Berechnung ausgegeben. Den Mitgliedern der psychiatrischen Abteilung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie, deren Bestellungen die Gesellschaft entgegennimmt, wird jeder Band der Zeitschrift mit der Beilage für Rm. 25.— geliefert.

Manuskripte sind an den Herausgeber Professor Dr. med. Carl Schneider in Heidelberg, Psychiatrische und Nervenklinik der Universität, Voßstraße; Bücher, Jahresberichte, Sonderabzüge usw. aus der Fachliteratur, deren Besprechung in dem einmal im Jahre erscheinenden Literaturbericht gewünscht wird, an Oberreg.-Med.-Rat Dr. Helmut Müller in Klotzsche bei Dresden, Richard-Wagner-Str. 15[I], einzusenden.

DORNBLÜTH-PSCHYREMBEL

KLINISCHES WÖRTERBUCH

Die Kunstausdrücke der Medizin

27./30. Auflage. Mit 403 Abbildungen im Text. Oktav. XV, 620 Seiten. 1937.
Geb. RM 7.—

Beim Erscheinen der 22. Auflage 1934 schrieb die „Deutsche Medizinische Wochenschrift": „Der Dornblüth befindet sich auf dem Wege zu einem kleinen Medizinallexikon". Was dort gesagt wird, gilt für die jetzt vorliegende 27./30. Auflage in erhöhtem Maße. Dadurch, daß fast jedes Jahr eine neue Auflage gedruckt werden muß, ist das Buch stets auf dem neuesten Stand der Wissenschaft und bietet dem Arzt und der interessierten Schwester in allen Fällen sicheres Wissen und genaue Auskunft über alle medizinischen und chemisch-pharmazeutischen Fragen. In 1240 Spalten werden 16000 medizinische Fremdwörter und Kunstausdrücke mit kurzer Angabe der Bedeutung, Ableitung und Betonung erklärt. Die zahlreichen klaren Abbildungen tragen zur Anschaulichkeit der Erklärungen außerordentlich bei.

WALTER DE GRUYTER & CO. / BERLIN W 35

Digitized by Google

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITWIRKUNG VON

BERZE-Wien, BLEULER-Zürich, BONHOEFFER-Berlin, FISCHER-Berlin-Dahlem, KLEIST-Frankfurt a. M.

DURCH

CARL SCHNEIDER
HEIDELBERG

HUNDERTUNDSECHSTER BAND

BERLIN UND LEIPZIG
WALTER DE GRUYTER & CO.
VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG - J. GUTTENTAG, VERLAGS-BUCHHANDLUNG - GEORG REIMER - KARL J. TRÜBNER - VEIT & COMP
1937

Digitized by Google

Ausgegeben am 28. XII. 1937

Alle Rechte vorbehalten

Archiv-Nr. 58 05 37

Printed in Germany

Druck von Walter de Gruyter & Co., Berlin W 35

Digitized by Google

Inhalt

Laehr, Die Anstalten für Psychisch- und Nervenkranke usw. in Deutschland, Österreich und der Schweiz. 9. Aufl. Von *Georg Ilberg* . . . 1

Reproduktionszwang und Wirklichkeitskontakt. Schizophrener Prozeß oder degenerative Episode? Von *Walter Betzendahl*. 165

Reizhaaruntersuchungen in der neurologischen Diagnostik. Von *Konrad Zucker* 202

Estnische Erbkrankengesetzgebung. Von Dr. *Steinwallner* 221

Über Schizophrenie im Kindesalter. Von *F. Jung*. Mit 3 Abbildungen 225

Über einen Fall schwerer Persönlichkeitsveränderung nach Encephalitis epidemica. Von *F. Jung* 243

Mexikanische Erb- und Geistesgesundheitspflege. Von Dr. *Steinwallner* 251

Die ersten Hundert auf Grund des Gesetzes vom 24. Nov. 1933 in der westfälischen Prov.-Heilanstalt Eickelborn untergebrachten geistig abnormen Rechtsbrecher. Von Dr. *Ferdinand Hürten* 255

Methodisches zur Insulin-Schocktherapie. Von *J. Deussen* 339

Zur Frage der Dosierung bei der unspezifischen Paralysetherapie. Von *Hans Büssow*. 347

Autoren-Register

Betzendahl, W. 165
Büssow, H. 347
Deussen, J. 339
Hürten, F. 255
Ilberg, G. 1
Jung, F. 225, 243
Laehr 1
Steinwallner 221, 251
Zucker, K. 202

Digitized by Google

Digitized by Google

HANS LAEHR

Die Anstalten für Geisteskranke, Nervenkranke, Schwachsinnige, Epileptische, Trunksüchtige usw. in Deutschland, Österreich und der Schweiz

einschließlich der psychiatrischen und neurologischen wissenschaftlichen Institute

Neunte, von Anstaltsdirektor i. R.
Prof. Dr. med. jub. GEORG ILBERG (Dresden)
vollkommen neubearbeitete Auflage

Digitized by Google

Infolge des Krieges und der wirtschaftlichen Nöte der Nachkriegszeit sind sowohl einzelne staatliche als private Anstalten eingegangen, auch neuerdings sind mancherlei Verschiebungen und Neugründungen erfolgt. Sollten im vorliegenden Verzeichnis Anstalten nicht aufgenommen sein, da sie dem Herausgeber nicht bekannt wurden, so bittet er hierüber um gefällige Mitteilung nach

Dresden-Bl., Schubertstraße 41.

Die Personalverhältnisse in den Anstalten unterliegen durch Neueinstellung, Versetzung und Abgang von Ärzten dauernden Veränderungen. Es ist versucht worden, durch Aussendung von Fragebogen etwa den Stand von Mitte des Jahres 1937 zu erfassen. Manche dieser Fragebogen sind nicht beantwortet worden, die betreffenden Anstalten mußten daher teilweise unerwähnt bleiben. Die Leser werden gebeten, etwaige Irrtümer dem Herausgeber mitzuteilen.

Bei der Zusammenstellung der österreichischen Anstalten hat Herr Hofrat Dr. Mauczka, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt „am Steinhof" in Wien wesentlich mitgewirkt. Das Manuskript über die Anstalten der Schweiz hat Herr Direktor Dr. Tramer in Solothurn-Rosegg freundlicherweise durchgesehen. Beiden Herren sei für ihre Mühewaltung herzlichst gedankt; ebenso Herrn Dr. Bersot, dem leitenden Arzt der Klinik Bellevue in Le Landeron (Neuenburg) für zahlreiche gefällige Auskünfte über die Schweizer Anstalten.

Digitized by Google

Verzeichnis der Anstalten in alphabetischer Ordnung

A. Deutsches Reich

Aachen

1. Städtische Heil- und Pflegeanstalt **Mariabrunn** für weibliche Kranke (Geisteskranke), Aachen, Goethestr. 1.

Leitender Arzt: San.-Rat Dr. *Conrad Crapoll.* 4 Schwestern (Borromäerinnen), 4 weltliche Pflegerinnen. Geschlossene öffentliche Anstalt (Aufnahme ohne kreisärztliches Attest). 3 Pflegklassen mit 50 Plätzen, Höchstzahl 55. Zahl der Kranken am 1. 1. 37: 50 w., Zahl der Zugänge 1936: 155 w., der Abgänge 155 w., darunter Todesfälle 20 w. Psychiatrischer Außendienst, Familienpflege. Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke.

2. Heil- und Pflegeanstalt der **Alexianer**-Genossenschaft für männl. Geisteskranke, Schwachsinnige und Epileptiker, Aachen, Alexianergraben 33.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 200, Zugänge 1936: 113, Abgänge 95, darunter 17 Todesfälle. 210 Plätze, 3 Verpflegungsklassen. Leitender Arzt: Dr. med. *Wilhelm Koester*, 2. Arzt: San. Rat. Dr. *Thelen.* 55 Pfleger. Die Alexianerbrüder befassen sich schon seit Jahrhunderten mit der Pflege Geisteskranker. Die Anstalt wurde im 14. Jahrhundert eröffnet.

Absberg (Mittelfranken)

Ottilienheim, Unterrichts-, Erziehungs- und Versorgungsanstalt für geistesschwache Mädchen. Ebst. Langlau bei Gunzenhausen.

2,8 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 194 w., Zugänge im Jahre 1936: 12 w., Abgänge: 15 w., darunter Todesfälle: 10 w. Plätze 207. 2 Verpflegklassen. Direktor: Jos. Höringer — Direktor der Wagnerschen Wohltätigkeitsanstalten in Dillingen/Donau. Hausarzt: Dr. *Otto Pültz*, prakt. Arzt in Absberg. 26 Schwestern und 7 weltliche Helferinnen. Geschlossene Anstalt mit offener Abt., Pflegeabt. völlig abgeschlossen. Aufnahme finden: weibl. Schwachsinnige, Epileptische, Psychopathen, auch Krüppelhafte. Caritative Anstalt. Seit einigen Jahren auch 40 Geisteskranke. Beratungsstelle für psychisch Kranke, Nervenkranke und abnorme Kinder in Ansbach, Heil und Pflegeanstalt.

Digitized by Google

Ahrweiler (Reg.-Bez. Koblenz)

Dr. von Ehrenwall'sche Kuranstalt, Privatklinik für Gemüts-, Nerven- und innere Krankheiten. Ebst. Ahrweiler.

116 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 48 m., 60 w., Zugänge im Vorjahr: 715 m., 467 w., Abgänge: 716 m., 463 w., darunter Todesfälle: 3 m., 1 w. 230 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leitender Arzt: Dr. *Emil Marx*, Abteilungsärzte: Dr. *Richard Sturm*, Dr. *Ludwig Stambach*; Assistenzärztin: Frl. Dr. *Hanna Traude*. 36 Pflegepersonal. Geschlossene und offene Abteilungen.

Allenberg bei Wehlau (Ostpreußen)

Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Allenberg. Ebst. Wehlau.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 659 m., 598 w., Zugänge im Jahre 1936: 230 m., 208 w., Abgänge: 216 m., 191 w., darunter Todesfälle: 53 m., 45 w. 1381 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Bufe*, Oberarzt Dr. *Titius*, Oberarzt Dr. *Berg*, Oberarzt Dr. *Ortleb*, Oberarzt Dr. *Götze*, Anstaltsarzt Dr. *Salvesen*, Anstaltsärztin Dr. *Egger*, Assistenzarzt Dr. *Meier*, Assistenzarzt Dr. *Hensel*. 123 Pfleger, 86 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt. In Familienpflege: 60 m, 37 w.

Alsbach a. d. Bergstraße (Prov. Starkenburg-Hessen)

Sanatorium **Schloßberg** für Nervenkranke, Verstimmungen, Rekonvaleszenten, Entziehungskuren. Ebst. Hähnlein-Alsbach.

20 Plätze erster Klasse, 14 Plätze zweiter Klasse. Arzt: Prof. Dr. *Wassermeyer*.

Altengesees bei Lobenstein (Thür.)

Erziehungsheim für geistesschwache Knaben. Ebst. Leutenberg Bez. Luckenmühle (Thür.).

16 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 19 m., Zugänge 1936: 8 m., Abgänge: 7 m. 20 Plätze. 1 Verpflegungsklasse. Hausvater Diakon Nestle; Hausarzt Dr. *Gerlach* in Leutenberg. Pflegepersonal: Hauselternpaar, 1 Erzieher und landw. Verwalter mit Frau. Halboffene Anstalt. Im Sommer praktische Beschäftigung, im Winter Unterricht in Schul- und landwirtschaftlichen Fächern. In den meisten Fällen werden den zur Entlassung kommenden schwachsinnigen Zöglingen Dienststellen in der Landwirtschaft vermittelt.

Altmühldorf-Ecksberg (Oberbayern)

Pflegeanstalt für Schwachsinnige, Blöde, Epileptiker u. dgl. Ebst. Mühldorf a. Inn.

Digitized by Google

597 Tagwerk einschl. der Filialen Bachfam b. Weidenbach und Berg b. Schnaitsee. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 169 m., 180 w., Zugänge im Vorjahr: 10 m., 9 w., Abgänge: 6 m., 5 w., darunter Todesfälle: 4m., 5 w. 356 Plätze. 1 Verpflegklasse. Anstaltsdirektor: Geistl. Rat Gregorius Lunghamer; Anstaltsarzt: Bezirksarzt Dr. Max *Eder* in Mühldorf. 103 Schwestern, davon 28 Pflegerinnen, die übrigen in Schule, Kanzlei, Haus- u. Landwirtschaft tätig. Geschlossene Anstalt.

Altona (Provinz Schleswig-Holstein)

1. Psychiatrische Abteilung im **Städtischen** Krankenhaus, Altona Allee 164.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937 21 m., 25 w., im Vorjahr Zahl der Zugänge 293 m., 328 w., der Abgänge 272 m., 303 w., darunter Todesfälle 62 m., 46 w. 60 Plätze. 2 Verpflegungsklassen. Ärzte: Oberarzt Dr. *C. Stender*, Assistenzärztin Frl. Dr. *Fischer*. 8 Pfleger, 5 Schwestern, 2 Wärterinnen. Eröffnet 1. 9. 1861. Geschlossene Abteilung.

2. **Städt.** Heil- und Pflegeanstalt in Altona, Norderstr. 23.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 58 m., 63 w., im Vorjahr Zahl der Zugänge: 18 m., 22 w., der Abgänge: 19 m., 15 w., darunter Todesfälle: 12 m., 5 w. 121 Plätze. 1 Verpflegklasse. Behandelnder Arzt: Oberarzt Dr. med. *Stender;* Anstaltsleiter Oberinspektor Dermedde. 1 Schwester, 3 Wärter, 1 Haushelferin. Gegründet 1887. Geschlossene Anstalt.

Altscherbitz bei Schkeuditz

Landesheilanstalt der Provinz Sachsen. Ebst. Schkeuditz.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: m. 617, w. 745, Zugänge im Jahr 1936: m. 245, w. 312, Abgänge: 268 m., 297 w., darunter Todesfälle: 56 m., 77 w. Direktor: Prov.-Ober-Med.-Rat Dr. *Gengnagel*, Stellvertreter Prov.-Ober-Med.-Rat Dr. *Engelken* und Prov.-Ober-Med.-Rat Dr. *Häuptner*. Ärzte: Prov.-Med.-Rat Dr. *Schwartz*, Prov.-Med.-Rat Dr. *Schröter*, Prov.-Med.-Rat Dr. *Franke*, Prov.-Med.-Rat Dr. *Weißgerber*, Assistenzarzt *Seeling* und Assistenzärztin *Montag*. 1350 Plätze. 117 Pfleger, 121 Pflegerinnen. 2 Verpflegungsklassen. Gegründet 1876.

Alzey, Rheinhessen

Landes-Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Alzey.

46 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 272 m., 298 w. Im Vorjahr Zahl der Zugänge: 119 m., 137 w., der Abgänge: 110 m., 137 w., darunter Todesfälle: 10 m., 12 w. 650 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: commiss. Direktor: Med.-Rat Dr. *Ludwig Peters*, Oberarzt Med.Rat Dr. *Carl Kinsberger*, Anst.-Arzt Med.-Rat Dr. *Werner Splotmann*, Assistenz-Ärzte: Dr. *Hans Seiwert* und Dr. *Wilh. Behler*. 62 Pfleger, 63 Pflegerinnen. Gegründet 1908. Psychiatr. Außendienst in Mainz, Worms und Alzey. Geschlossene Anstalt. Ausgedehnte Familienpflege.

Digitized by Google

Amelsbüren (Westfalen), Haus Kannen bei Münster i. W.

Alexianer-Privat-Heilanstalt für männliche Geisteskranke. Ebst. Amelsbüren und Mecklenbeck. Haltestelle der Kraftpost Münster i. W.-Senden.

62 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 521 m., im Vorjahr Zahl der Zugänge 118 m., der Abgänge 67 m., darunter Todesfälle 20 m. 559 Plätze, 3 Verpflegungsklassen. 2 Ärzte: Dr. *Paul Wegener* und Dr. *Franz Welle*. 57 Alexianerbrüder, 5 weltliche Pfleger. Gegründet 1888. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen. Landwirtschaft, Gärtnerei und Betriebe zur Berufsförderung schwer erziehbarer Psychopathen, Alkoholiker und Morphinisten.

Andernach (Rheinprovinz)

Prov.-Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Andernach.

123 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 685 m., 688 w., im Vorjahr Zahl der Zugänge: 453 m., 259 w., der Abgänge 266 m., 248 w.; darunter Todesfälle 46 m., 59 w. 1410 Plätze, davon 110 in Heimen. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Johann Recktenwald*, Oberärzte: Dr. *Joseph Günther*, Dr. *Hermann Löw*, Anstaltsärzte: Dr. *Karl Cohnen*, Dr. *Ewald Kreisch*, Dr. *Paul Gies*, Vol.-Arzt: *Karl Horch*. 73 Pfleger, 74 Pflegerinnen. Gegründet 1876. Hauptamtlicher psychiatrischer Außendienst mit 17 Beratungsstellen. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen.

Angerburg (Ostpr.)

„Bethesda" Ostpr. Wohltätigkeitsanstalt. Ebst. Angerburg.

650 Plätze. 3 Verpflegklassen und Diätküche. Anstaltsleiter: Pfarrer Lic. Erich Braun, Chefarzt: Dr. med. *Ernst Haebel*, Ass.-Arzt: *Georg Bohlius*. Offene Anstalt. Besteht aus 4 Abteilungen: Krüppelklinik, Kinderkrüppelheim, Siechenhäuser und Krüppellehranstalt; nimmt auch Schwachsinnige und dauernd Heimbedürftige auf. Im Jahre 1937 pflegte die Anstalt 160 Schwachsinnige.

Ansbach (Bayern)

Mittelfränkische Kreis-Heil- und Pflegeantalt.

100 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 540 m., 577 w., im Vorjahr Zahl der Zugänge 81 m., 96 w., der Abgänge 68 m., 85 w., darunter Todesfälle 27 m., 33 w. 1149 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor: Dr. *Carl v. Hößlin*, Medizinalräte: Dr. *Martin Hohl*, Dr. *Josef Lackerbauer*, Oberärzte: Dr. *Karl Aleis*, Dr. *Jakob Thielen*, Dr. *Josef Wittmann*, Assistenzärztin Dr. *Irene Bruckmüller*. 116 Pfleger, 89 Pflegerinnen. Gegründet 1899. Psychiatrischer Außendienst.

Aplerbeck siehe **Dortmund**

Digitized by Google

Apolda (Thür.)

Pflegeanstalts-Stiftung **Carolinenheim** für geistig oder körperlich Gebrechliche. Ebst.: Apolda (Thür.).

2 ha Besitz, 2 ha Pacht. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 55 m., 159 w., Zugänge im Jahre 1936: 28 m., 78 w., Abgänge: 23 m., 85 w., darunter Todesfälle: 18 m., 77 w. 220 Plätze. 3 Verpflegklassen. Leiter: Oberpfarrer Thöllden. Anstaltsarzt: Dr. med. *W. Schultze*. Pflegepersonal: 8 m., 26 w. Offene Anstalt.

Arnsdorf (Bez. Dresden)

Staatliche Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Arnsdorf (Sachs.).

160 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 702 m., 1043 w. Im Vorjahre Zahl der Zugänge 249 m., 373 w., der Abgänge 232 m., 322 w., darunter Todesfälle 44 m., 50 w. Normale Belegung: 1596. Höchste Belegung: 1661. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Anstaltsdirektor und Chefarzt: Oberregierungsmedizinalrat Dr. *Wilhelm Sagel*; Dr. *Rudolf Klaubert*, Oberregierungsmedizinalrat, stellvertretender Anstaltsdirektor; Regierungsmedizinalräte: Dr. *Willy Hoffmann*, Dr. *Werner Künzel*, Dr. *Ernst Leonhardt*, Dr. *Johannes Kuniß*, Dr. *Just Roth*. Assistenzärzte: Dr. *Gerhard Wischer*, Dr. *Johann Kugler*, *Wilhelm Brauer*, Dr. *Arthur Dähne*. Prosektor: Oberregierungsmedizinalrat Dr. *Waldemar Hammerbeck*. (Die Prosektur besteht zugleich für die Landesanstalten Sonnenstein und Großschweidnitz). 4 Stellen für Medizinalpraktikanten. 100 Pfleger, 12 Wärter, 126 Schwestern, 91 Wärterinnen. (120 Männer befinden sich in Schwesternpflege). Gegründet 1912. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen. Erbkrankensichtungsstelle für Sachsen. Außenabteilung Röderhof für 67 Schwachsinnige. In Arnsdorf befindet sich auch das zur Ausbildung aller Schwestern für die sächsischen Landesanstalten bestimmte Schwesternhaus (Leiter der Schwesternschule und der staatlichen Schwesternschaft ist der Oberarzt der Landesanstalt).

Attl (Oberbayern)

Pflegeanstalt für männliche Geisteskranke. Ebst. Wasserburg.

80 ha. Zahl der Verpflegten am 1. 1. 1937: 270 m. Zugänge im Vorjahr: 35 m., Abgänge 32 m., darunter Todesfälle: 22 m. 275 Plätze. 1 Verpflegklasse. Anstaltsarzt: z. Z. Bez. Arzt Dr. *Opel* in Wasserburg a. Inn. Pfleger: 22 Brüder vom Hospitalorden des hl. Johann v. Gott. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Aue b. Schmalkalden (Reg.-Bez. Kassel)

Christliche Anstalt für Schwachsinnige. Ebst. Schmalkalden (Thür.).

Digitized by Google

3 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 70 m., 74 w., Zahl der Zugänge im Vorjahr: 11 m. u. 9 w., der Abgänge 6 m. u. 6 w., darunter 4 m. und 1 w. Todesfall. 148 Anstaltsplätze; 2 Verpflegklassen. Leiter: Regierungsrat a. D. Diederich in Stuttgart-Degerloch; Arzt Mediz. Rat Dr. *Metzdorff* in Schmalkalden; Hausvater Hans Braun. 16 Pflegepersonal. Geschlossene Anstalt.

Augsburg (Bayern)

Abteilung für Geisteskranke im Städt. Hauptkrankenhaus.

26 Plätze. Direktor Prof. Sauer.

Aulhausen b. Aßmannshausen a. Rh.

St. Vinzenzstift, Bildungs- und Pflegeanstalt für Schwachbegabte (hauptsächlich Kinder). Ebst. Aßmannshausen a. Rh.

275 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 354 m., 206 w., Zugänge im Vorjahr: 64 m., 27 w. Abgänge: 22 m., 18 w., darunter Todesfälle: 7 m., 7 w. 570 Plätze. 1 Verpflegklasse. Hans Klarmann, geistl. Direktor. Ärzte: Dr. *Nordmann*, Med.-Rat, Dr. *Strasser*, Fachärztin f. Neurologie u. Psychiatrie. 46 Ordensschwestern u. 42 weltliche Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung (auf dem Landgut). Dazu vollständig ausgebildete Hilfsschule (2 Vorschulen, 7 getrennt aufsteigende Klassen mit einer Sammelklasse); 12 Lehrkräfte. Ferner Werkstätten für Schreinerei, Schusterei, Schneiderei, Gärtnerei, Landwirtschaft, Bäckerei, Schlosserei.

Baden-Baden

1. **Sanatorium Quisisana** für innere und Nervenleiden, Stoffwechselkrankeiten und Erschöpfungszustände in Baden-Baden, Bismarckstr. 19-21. Ebst. Baden-Baden.

Zu- und Abgänge im Jahre 1936: 580, davon etwa die Hälfte männl. und die Hälfte weibl. 60 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leitender Arzt: Dr. *Max Hedinger* und eine Assistenzärztin. Pflegepersonal: 3 Schwestern; 1 Diätschwester.

2. Ärztliches Familienheim für Nervöse und Erholungsbedürftige in Baden-Baden, Moltkestr. 3.

Höchstzahl 8 Patienten, die in der Nähe des Arztes sein wollen. Leiter: Nervenarzt Dr. med. *H. W. Zahn*. Eventuell Psychotherapie; Diätkuren.

Bamberg (Bayern, Oberfranken)

Städtische Heil- und Pflegeanstalt **St. Getreu.**

13 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 94 m., 106 w., Zahl der Zu-

Digitized by Google

gänge im Vorjahr 96 m., 87 w., der Abgänge 95 m., 74 w., darunter Todesfälle 7 m, 12 w. 215 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Adolf Fuchs*. Anstaltsarzt Dr. *Hans Götz*, 1 Med. Pr. 49 Pflegepersonal. Gegründet 1805, in welchem Jahre des Probsteigebäude des Benediktinerklosters Michaelsberg bei der Säkularisation zu einer Irrenanstalt mit 20 Plätzen bestimmt wurde. Im Laufe der Jahre Vergrößerung. 1908 Neubau und durchgreifende Erneuerung, die seit 1935 weiter fortgesetzt wird.

Bayreuth (Oberfranken, Bayern)

1. Oberfränkische **Kreis-Heil- und Pflegeanstalt Bayreuth.**

106 Tagwerk. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 310 m., 327 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 111 m., 115 w., der Abgänge 90 m., 123 w., darunter Todesfälle 16 m., 22 w. 640 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Obermedizinalrat Dr. *Karl Schwarz*, Medizinalrat I. Kl. Dr. *Hannibal Bornebusch*, Oberarzt Dr. *Georg Eisen*, eine Oberarztstelle vakant. 53 Pfleger, 58 Pflegerinnen. Gegründet 1870. Psychiatrischer Außendienst, Beratungsstellen in Hof, Selb und Bayreuth. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen.

2. Sanatorien **Mainschloß u. Herzoghöhe Bayreuth.**

a) Kurhaus **Mainschloß** (offene Anstalt),

b) Sanatorium **Herzoghöhe** (geschlossene Anstalt mit offener Abteilung).

25 Tagwerk. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 29 m., 30 w., im Vorjahr Zahl der Zugänge 52 m., 60 w., Zahl der Abgänge 39 m., 81 w., darunter Todesfälle 3 m., 7 w. 124 Plätze, 1 Verpflegklasse. Ärzte: Dr. med *Kurt Bach*, ärztl. Leiter u. Geschäftsführer, Dr. *B. Beyer*, *W. Busse*. 30 Pfleger und Pflegerinnen. Gegründet 1861, Sanatorium Herzoghöhe 1894 neu erbaut, Kurhaus Mainschloß 1907 neu erbaut.

Bedburg-Hau (Kreis Kleve-Rheinprovinz)

Provinzial-Heil- u. Pflegeanstalt. Ebst. Bedburg-Hau.

216 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 1792 m., 1719 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 628 m., 380 w., der Abgänge 349 m., 361 w., darunter Todesfälle 103 m., 159 w. 3450 Plätze. 1 Verpflegungsklasse. Ärzte: Direktor Dr. *Arthur Trapet*, I. Oberarzt und stellvertr. Direktor Dr. *Wilhelm Kleine*, II. stellvertr. Direktor Oberarzt Dr. *Leo Winkel*, Oberärzte Dr. *Friedrich Witte* (Prosektor), Dr. *Heinrich Stahl*, Dr. *Heinrich Dannehl*, Dr. *Walter Tödter*, Dr. *Heinrich Schnitzler*. Anstaltsärzte: Dr. *Josef Heuschen*, Dr. *Walter Geller*. Assistenzärzte: Dr. *Herbert Pfau*, Dr. *Hedwig Kessing*, Dr. *Gertrud Barten*, Dr. *Paul Gries*. 2 Med. Praktikanten. Pflegepersonal: 377. Gegründet: 1911.

Im Marienhospital in Haldern sind 46 ruhige, pflegebedürftige Kranke der Anstalt Bedburg-Hau in Heimpflege untergebracht.

Digitized by Google

Benninghausen (Westfalen) über Lippstadt

Trinkerheilstätte: Westhof. Ebst. Benninghausen.

3,3 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 115 m., 15 w., Zugänge im Jahre 1936: 155 m., 12 w., Abgänge: 161 m., 20 w., kein Todesfall. Anstaltsplätze: 120 m., 30 w. 1 Verpflegklasse. Anstaltsleiter: Direktor H. Sieler. Anstaltsarzt: Dr. med. H. *Take*. 12 Pfleger, 1 Pflegerin. Geschlossene Anstalt. Arbeitstherapie, sportliche Betätigung, Aufklärungsunterricht. Geschlossene Anstalt für entmündigte Trinker.

Bergstadt O.-S.

Landes-Pflege- und Erziehungsanstalt (früher Leschnitz O.-S.). Ebst. Leschnitz-St. Annaberg.

400 Morgen. Zahl der Kranken am 1.1.1936: m. 216, w. 178, Zugänge im Jahre 1936: 70 m., 44 w. Abgänge: 51 m., 37 w., darunter Todesfälle: 9 m., 10 w. 450 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Anstaltsdirektor *Max Schröder*. Anstaltsarzt (im Nebenamt) Dr. *Hugo Rachfahl*. 26 Pfleger, 31 Pflegerinnen (dabei 4 Ordensschwestern im Anstaltskrankenhaus). Geschlossene Anstalt. Die Insassen der Anstalt gliedern sich in Schwachsinnige, Epileptiker und Geisteskranke.

Berlin

1. Psychiatrische und Nervenklinik der **Universität Berlin,** Charité, Schumannstr. 20/21.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 100 m., 96 w., Zugänge im Jahre 1936: 1471 m., 1125 w., Abgänge: 1465 m., 1113 w., darunter Todesfälle: 78 m., 51 w. 248 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. med. *Bonhoeffer*, Geh.Med.-Rat u. o. Universitäts-Professor. Oberärzte: Professor Dr. *Hans-Gerhard Creutzfeldt*, Prof. Dr. *Georg Zutt*. 3 planmäßige Assistenzärzte: Dr. *Christel Roggenbau*, Dozent, Dr. *Walter Betzendahl*, Dozent, Dr. *Heinrich Scheller*. 1 Militärarzt: Stabsarzt Dr. *Joachim Rost*; 10 außerplanmäßige Assistenzärzte: Dr. *Rüsken*, Dr. *Kujath*, Dr. *Bormann*, Dr. *Kucher*, Dr. *Möllmann*, Dr. *Sternberg*, Dr. *Kluge*, Dr. *Wilke*, Dr. *Kurth*, Dr. *Greverus*. 58 m., 65 w. Pflegepersonal. Gegründet als besondere Klinik 1865. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Beobachtungsstation für psychopathische Kinder. Poliklinik für psychische und Nervenkranke, aufgesucht im Jahre 1936 von 2515 m. u. 2196 w.

2. **Kaiser Wilhelm-Institut** für Hirnforschung in Berlin-Buch, Lindenberger Weg 70. Ebst. Buch.

Das durch *Oskar Vogt* ins Leben gerufene, früher mit dem Neurobiologischen Institut der Universität Berlin verbundene Kaiser Wilhelm-Institut für Hirnforschung in Buch ist am 2. Juni 1931 eröffnet worden. Seit dem 1. April 1937 wird es von *Hugo Spatz* geleitet. Das Institut will verschiedene Arbeitsweisen in den Dienst der Hirnforschung stellen.

Digitized by Google

In einer eigenen Klinik mit 60 Plätzen (Oberarzt Dr. *Gertrud Soeken*) werden Kranke mit selteneren chronischen Gehirnleiden, meist erblicher Natur, verpflegt (insbesonders Stammganglienkrankheiten und präsenile Verblödungsprozesse).

z. Z. sind folgende Forschungsabteilungen in Betrieb: 1. Abteilung für Anatomie und Pathologie des Gehirns (Prof. *Hugo Spatz*), 2. Abteilung für menschliche Erb- und Konstitutionslehre (Dr. *Bernhard Patzig*), 3. Abteilung für experimentelle Physiologie des Gehirns (Dr. *A. E. Kornmüller*), 4. Physikalisch-Technische Abteilung (Dr. *Hans-Joachim Schaeder*), 5. Abteilung für experimentelle Pathologie des Gehirns und für Tumorforschung (Prof. *Wilhelm Tönnis*).

Dem Hirnforschungs-Institut sind derzeit zwei weitere Abteilungen angeschlossen, deren Arbeitsgebiete mit der Hirnforschung nur in lockerem Zusammenhang stehen: 1. Abteilung für experimentelle Genetik (Dr. W. *Timofeeff-Ressovsky*), 2. Phonometrische Abteilung (Dr. *Eberhard Zwirner*).

3. **Städtische** Heil- u. Pflegeanstalt **Buch.** Ebst. Buch.

56 ha. Direktion: Ärztlicher Direktor: Dr. *Bender*. Verwaltungsdirektor: Holstein. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 1022 m., 1587 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 905 m., 1166 w., der Abgänge: 933 m., 1249 w., darunter Todesfälle: 104 m., 272 w. 2700 Plätze, 1 Verpflegklasse. Ärzte: Dirigierende Ärzte: Prof. Dr. *Seelert*. (1 Stelle zurzeit frei). Abt. Direktor: Professor Dr. *Hans Anders*, Prosektor. Oberärzte: Dr. *Waldemar Eicke*, Dr. *Georg Adam*, Dr. *Gustav Blume*, Dr. *Georg Franke*, Dr. *Werner Pleger*, Dr. *Karl Klothe*, Dr. *Arnold Warstadt* (1 Stelle zurzeit frei). Anstaltsärzte: Dr. *Dietrich Rühle*, Dr. *Siegfried Freytag*. Assistenzärzte: Frl. *Jngeborg Kath*, Dr. *Lotte Buske*, 1 Stelle unbesetzt. Dr. *Friedrich Gerth* (im Neuropathologischen Institut tätig), Dr. *Hans Sagebiel*. Hilfsärzte: *Horst Pawlick* (1 Stelle unbesetzt). — 664 Pflegepersonal. Gegründet 1906. 1910 wurde ein neuer Bau des Verwahrungshauses für kriminelle Geisteskranke eröffnet. Familienpflege. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen.

4. **Städt.** Heil- u. Pflegeanstalt **Herzberge** in **Berlin-Lichtenberg,** Herzbergstr. 79. Ebst. Berlin-Lichtenberg-Friedrichsfelde.

86 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 700 m., 1090 w., im Vorjahr Zahl der Zugänge: 943 m., 1103 w., der Abgänge 956 m., 1105 w., darunter Todesfälle: 125 m., 187 w. 1840 Plätze. Ärzte: ärztl. Direktor Dr. *Otto Schulze*; dirig. Ärzte: Prof. Dr. *Thiele*, Dr. *Hagedorn*; Anstaltsärzte: Dr. *Sünner*, Dr. *Raymann*; Oberärzte: Dr. *Sturm*, Dr. *Schulze-Bunte*, Dr. *Balthasar*; Assistenzärzte: Dr. *Clauß*, Dr. *Lindner*, Dr. *Ludwig*; Hilfsärzte: Dr. *Mensch*, Dr. *Niewert*, Dr. *Kuhloro*. 388 Pflegepersonal. Gegründet 1893, von da bis 1914 unter Prof. Dr. *Moeli*, von 1914—1920 unter Leitung von Prof. Dr. *Liebmann*, sodann Dr. *Falkenberg*, Dr. *Hildebrandt*. Psychiatrischer Außendienst, Familienpflege. Geschlossene Anstalt.

5. **Wittenauer Heilstätten der Stadt Berlin** in **Berlin-Wittenau,** Oranienburgerstr. 285.

Digitized by Google

Abteilungen: Hauptanstalt: Aufnahme und Pflege von geisteskranken Männern und Frauen, Erziehungsheim: Behandlung von schwachsinnigen, noch bildungsfähigen Kindern, Beobachtungsstation des Erziehungsheims: Beobachtung von nervenkranken Kindern, Nervenklinik Wiesengrund: Behandlung und Beobachtung von nervenkranken Männern.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: Hauptanstalt: 883 Männer, 875 Frauen = 1758; Erziehungsheim: 120 Knaben, 48 Mädchen = 168; Beobachtungsstat.: 16 Knaben, 5 Mädchen = 21; Nervenkl. Wiesengrund 42 Männer = 42, zus. 1989. — Zahl der Zugänge im Kalenderjahr 1936: Hauptanstalt: 1009 Männer, 1073 Frauen = 2082; Erziehungsheim: 58 Knaben, 25 Mädchen = 83; Beobachtungsstation: 81 Knaben, 44 Mädchen = 125; Nervenklinik Wiesengrund: 176 Männer = 176, zus. 2466. Zahl der Abgänge im Kalenderjahr 1936: Hauptanstalt: 784 Männer, 952 Frauen = 1736; Erziehungsheim: 44 Knaben, 18 Mädchen = 62; Beobachtungsstat.: 84 Knaben, 43 Mädchen = 127; Nervenklinik Wiesengrund: 186 Männer = 186, zus. 2111. Zahl der Todesfälle im Kalenderjahr 1936: Hauptanstalt: 155 Männer, 114 Frauen = 269; Erziehungsheim: 1 Knabe; Beobachtungsstat.: 2 Knaben, 1 Mädchen = 3; Nervenklinik Wiesengrund: 1 Mann, zus. 274. Etatsmäßige Bettenzahl: Hauptanstalt: 1750, Erziehungsheim m. Beobachtungsstation 195, Nervenklinik Wiesengrund 50, zus. 1995. Direktion: Dr. *Waetzoldt*, Ärztl. Direktor; Braasch, Verwaltungsdirektor. Ärzte: 1 Dirigierender Arzt: Dr. *Hasse*, 6 Oberärzte: Dr. *Balluff*, Dr. *Heine*, Dr. *Schneider*, Dr. *Wauschkuhn*, Dr. *Silberschmidt*, Dr. *Brehm*, 2 Anstaltsärzte: Dr. *Heinrich*, Dr. *Behrent*, 5 Assistenzärzte: Dr. *Riedmüller*, Dr. *Kasteleiner*, Dr. *Hübner*, Dr. *Meyer*, Dr. *Bonse*, 2 Hilfsärzte: Dr. *Kehm*, Dr. *Ortseiffen*. 447 Pflegepersonal, Zahl der Angestellten u. Arbeiter: 124. Dalldorf gegründet 1879, neuhinzugebaut wurde 1881 das Erziehungsheim der Wittenauer Heilstätten, 1895 eine Baracke für Infektionskranke. 1926 wurden die beiden Koloniehäuser zu einer Nervenklinik umgebaut, die unter dem Namen Nervenklinik Wiesengrund mit 60 Plätzen im Oktober 1926 eröffnet wurde.

6. **Wuhlgarten,** Berlin Biesdorf. **Städt.** Heil- u. Pflegeanstalt (Stadtbahn, Vorortverkehr).

Im Rechnungsjahr 1935: 1378 Epileptiker u. Geisteskranke, 210 Hospitaliten m. und 28 tuberkulöse Männer = 1616 Plätze; Aufnahmen: 335 m., 240 w., Abgänge: 294 m., 199 w., darunter Todesfälle: 65 m., 24 w. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Ärztl. Direktor, kommissarisch: Oberarzt Dr. *Wagenknecht*, Oberärzte: Dr. *Hans Henke*, Dr. *Heinrich Peters*, Dr. *Wolf-Küster*. Anstaltsarzt: Dr. *Ellen Heinrici*. Assistenzärzte: Dr. *Kurt Zietsch* u. *Julie Mettel*. 318 Pflegepersonal. 1893 gegründet. Familienpflege. Geschlossene Anstalt.

7. Beobachtungsabteilung der **Strafanstalt Berlin-Plötzensee.**

Zahl der Insassen am 1. 1. 1936: 29 m., Zugänge im Jahr 1936: 92 m., Abgänge: 92, darunter 2 Todesfälle. 45 Anstaltsplätze. Strafanstaltsverpflegung. Leitender Arzt: Medizinalrat Dr. *Schmidt*. 5 ausgebildete Pfleger und 9 zur Überwachung. Geschlossene Anstalt.

Digitized by Google

8. **Berlin-Lankwitz „Berolinum“**, Viktoriastr. 60. Privat-Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Gemütskranke.

5 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 17 m., 43 w., Zugänge im Jahre 1936: 72 m., 128 w., Abgänge: 74 m., 133 w., darunter Todesfälle: 14 m., 17 w. 92 Plätze. 3 Verpflegklassen. Leit. Arzt: Dr. *Hanns Schwarz*; Assistenz-Ärzte: Dr. *Hans Citron*, Dr. *Kurt Schwaiger*. 4 Pfleger, 9 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung, in die auch „freiwillige Pensionäre“ aufgenommen werden.

9. **Berlin-Lichterfelde-Ost,** Sanatorium für Nerven- und innere Kranke, Rekonvaleszenten und Erholungsbedürftige von Frau **Charlotte Goldstein** in **Berlin,** Jungfernstieg 14.

Moderne Therapie. Diät-, Liege-, Entziehungskuren. Ärztliche Leitung: Dr. *Kurt Mendel*.

10. **Berlin-Nikolassee „Waldhaus“**, Klinik, Kur- und Pflegeanstalt für Nerven- und Gemütskranke. Ebst. Berlin-Nikolassee.

20 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 49 m., 111 w., Zugänge im Vorjahr: 204 m., 381 w., Abgänge: 192 m., 365 w., darunter Todesfälle: 10 m., 22 w. 180 Plätze. 3 Verpflegklassen. Besitzer: Provinzialausschuß für Innere Mission der Provinz Brandenburg. Leitender Arzt: Dozent Dr. *Heinrich Schulte*. Assistenzärztinnen: Dr. *Mierdel* u. *von Bomhard*; Assistenzarzt: Dr. *Milberg*, 1 Volontärarzt u. 2 Med. Praktikanten. 38 Pflegepersonal und ständig ca. 15 freie Schwestern. Offene, halboffene und geschlossene Abteilungen.

11. **Berlin-Tegel, Sanatorium Waldhaus,** Privat-Heilanstalt für Nervenkranke in Berlin-Tegel, Bernauer Str. 4. Ebst. Berlin-Tegel.

4 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 64 w., Zugänge im Vorjahr 203 w., Abgänge 204, darunter 11 Todesfälle. 64 Plätze. 3 Verpflegklassen. Besitzer u. leit. Arzt Dr. *Paul Horn*. 7 Pflegepers. Gründungsjahr 1894. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

12. **Berlin-Weißensee, St. Josefs-Heilanstalt** für männliche Gemüts- und Nervenkranke, Gartenstr. 1—5.

15 ha. Ärztl. Direktor: Landesmedizinalrat i. R. Dr. *Wiehl*. 2 Assistenzärzte. 50 Pfleger. 380 Plätze. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 360 m., Zugänge im Vorjahr 660 m., Abgänge 619 m. Gründungsjahr 1891 (als Zweiganstalt der Alexianeranstalt in Neuß a. Rhein). Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen.

13. Trinker-Heilstätte Klaistrow bei **Berlin** siehe **Klaistrow.**

Bernau bei Berlin

Privat-Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke. Ebst. Bernau-Berlin, Vorortverkehr.

Digitized by Google

160 Plätze. a) Waldsanatorium, offene Anstalt für Kranke beiderlei Geschlechts, für Nervöse jeder Art, große Park- und Gartenanlagen, Arbeitstherapie; b) geschlossene Anstalt für Kranke beiderlei Geschlechts, in der Stadt, Kaiserstr. 50—56. 3 Ärzte: Leitende Ärzte: Dr. *Alois Wieners* und Medizinalrat Dr. *Lenneper.*

Bernburg, Freistaat Anhalt

1. Landes-Heil und Pflege-Anstalt. Ebst. Bernburg.

57 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 252 m., 234 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge: 115 m., 105 w., Abgänge: 100 m., 85 w., darunter Todesfälle 23 m., 19 w. 500 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Prof. Dr. *Gustav Heyse*, I. Oberarzt Dr. *Heinz Görich*, Oberarzt Dr. *Fritz Pfeiffer*, 1 *Praktikant.* 75 Pfleger und Pflegerinnen, 10 Diakonissen. Gegründet 1875. Geschlossene Anstalt.

2. Evangelisches Mädchenheim St. Johannes-Pflegeanstalt.

3 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 36: 87 w., Zugänge im Jahre 1936: —, Abgänge: 2 w., darunter Todesfälle: 2 w. 87 Anstaltsplätze. 1 Verpflegklasse. Direktor: Pastor B. Kindscher; Arzt: Dr. *Wegener.* Pflegepersonal: 8. Geschlossene Anstalt. Das Heim wird mit geistesschwachen Pfleglingen von der Landesanstalt Uchtspringe (Altmark) belegt.

Bethel bei Bielefeld

v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel nebst Zweiganstalten Eckardtsheim und Freistatt. Ebst.: Bethel bei Bielefeld.

2000 ha. Mehr als 50 Kranken- und Pflegehäuser. Zahl der Kranken am 1. 1. 1935: 1637 m., 1126 w., Zugänge im Jahre 1935: 1716 m., 182 w., Abgänge: 1289 m., 165 w., darunter Todesfälle: 107 m., 39 w. Plätze: ca. 3300 (davon 2300 für Krampfkranke, 600 für Geisteskranke, der Rest für Nervenkranke, Psychopathen, einschl. Trunksüchtige und Sieche. 4 Verpflegklassen. Leit. Arzt: Prof. Dr. *Villinger*, Nervenarzt. Anstaltsoberärzte: Dr. *Volland* (stellv. leit. Arzt), Dr. *Welck*, Dr. *Hebel*, Dr. *Knöppler*; Nervenärzte: Dr. *Dieckel*, Dr. *Wilmers*, Dr. *Jobohm*, Dr. *Fehlhaber*, Dr. *Köhler*, Dr. *Klimmer*, Dr. *Wagner.* Abteilungsarzt: Frl. Dr. v. *Griesheim* (Nervenarzt). Ass.-Ärzte: Dr. *Fürstenberg*, Dr. *Joachim*, Frl. Dr. *Janssen*, Dr. *Reckeweg.* 4 Med. Prakt.-Stellen. Nebenamtlich mitwirk. Fachärzte: Dr. *Gravemann* (Nasen-, Ohren-, Halsarzt), Dr. *v. Volkmann* (Augenarzt), Dr. *Felix* (Orthopäd), Dr. *Kuhlo* (Zahnarzt), Dr. *Nordmann* (Zahnarzt). 240 Pfleger, 209 Pflegerinnen. Offene Anstalt mit offenen, halboffenen u. geschlossenen Häusern. Beratungsstelle für psychisch Kranke, Nervenkranke, Trunksüchtige und abnorme Kinder. Gegründet 1867. „Bethel" ist Gesamtbezeichnung für die „v. Bodelschwinghschen Anstalten", die der „Inneren Mission" angeschlossen mannigfachen Nöten dienen wollen. Bei der Begründung war nur an Epileptische gedacht. Die Arbeit dehnte sich dann auf Kleinkinder, Waise, Wanderer, Arbeitslose, Psychopathen, Führungsbedürftige, Trinker, Nerven-, Gemüts- und Geisteskranke, Fürsorgezög-

Digitized by Google

linge usw. aus. Damit verband sich Urbarmachung von Heide und Moor, Arbeiterkleinsiedlung, landwirtschaftliche Umschulung jugendlicher Industriearbeiter, Dienst in Herbergen zur Heimat, Einrichtung von Heimen für Mägde und für Fabrikarbeiterinnen, von Altersheimen und von Erholungsstätten für Gesunde. Ferner wurden Schulen für Hauswirtschaft, höhere Lehranstalten und Ausbildungsstätten für Theologen begründet. — Die vorstehenden Zahlen betreffen ausschließlich die rein ärztliche Arbeit. Schon 1869 war auch ein Diakonissenmutterhaus entstanden; es erhielt später den Namen „Sarepta". Um die für die Kranken nötigen männlichen Pflegekräfte zu erhalten, gründete Pastor von Bodelschwingh 1877 ein — später „Nazareth" genanntes — eigenes Diakonenhaus.

Heilstätte für Alkoholkranke siehe Eckardtsheim!

Bethel-Sarepta

Psychiatrische und Nervenabteilung der Krankenanstalten der Westf. Diakonissenanstalt **Sarepta** in Bethel bei Bielefeld.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 191 w., Zugänge im Jahre 1936: 239 w., Abgänge 234 w., darunter Todesfälle 20 w. 180 m. Kranke wurden auf der neurologischen Männerstation innerhalb des allgem. Krankenhauses Bethel behandelt. 211 Plätze (für weibliche Kranke). 2 Verpflegklassen. Ärzte: leit. Arzt: Dr. med. *Jaszersen*, erster Assistenzarzt: Dr. med. *Günther*, zweite Assistenzärztin: Dr. med. *Runge*. 46 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Bethesda siehe Lintorf und Angerburg

Beuthen (Oberschlesien)

Robertusstift, Privatanstalt für Geisteskranke, insbes. für Altersschwache und Sieche. Ebst. Beuthen O.-S.

Im Jahre 1936 wurden 307 Kranke verpflegt, 72 wurden entlassen, 34 sind verstorben. 200 Plätze. 1 Verpflegklasse. Hausarzt Dr. *Schmidt*, nebenamtlich. 12 Schwestern, 12 Hausgehilfinnen, 1 Haushälter. Halboffene Anstalt und Invalidenhaus.

Bielstein (Reg.-Bez. Köln, Oberbergischer Kreis)

Privatheilanstalt **Waldesruhe** für Erwerbsbeschränkte und halbe Kräfte. Ebst. Bielstein Rhld.

36 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 26 m., 2 w., Zugänge im Vorjahr: 5 m., 2 w. Abgänge: 1 m., 2 w. 30 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor Pfarrer Lic. Weßler in Duisburg. Heimleiter: Hausvater E. Hensel in Waldesruhe b. Bielstein/Rhld. 4 Pflegepersonal. Halboffene Fürsorge. Psychiatrischer Außendienst. Die Anstalt ist Eigentum der Diakonen-Anstalt Duisburg.

Digitized by Google

Bischofswerder, Westpr.

Ebst. ebenso. Diaspora-Anstalt.

5 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 84 m., 54 w., Zugänge im Jahre 1936: 19 m., 34 w., Abgänge: 15 m., 11w., darunter Todesfälle: 5 m., 8 w. 175 Plätze. 1 Verpflegklasse. Anstaltsleiter: Pfarrer Dießelberg-Bischofswerder; Arzt: Dr. *Winkler*-Bischofswerder (nebenamtlich). 2 Pfleger, 9 Pflegerinnen. Offene Anstalt. Großfamilienpflegstelle der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Riesenburg-Westpreußen, in der Hauptsache: Kleinkinder, Krüppel, Sieche.

Blankenburg-Bad (Thüringerwald)

1. **Sanatorium Villa Emilia** für Nerven- u. innere Kranke. Ebst. Bad Blankenburg (Thür.).

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 8 m., 7 w., Zugänge 1936: 277 m., 214 w., Abgänge 276 m., 214 w. 72 Plätze. Das Sanatorium nimmt außer Privatpatienten seit mehreren Jahren auch Versicherte der Reichsversicherungsanstalt f. Angestellte auf. Besitzer und leitender Arzt: Sanitätsrat Dr. *Warda*, Facharzt f. Nervenkranke; mitleitender Arzt: Dr. *Groß*, Facharzt für innere Medizin. 12 Pflegepersonal.

2. **Sanatorium Schwarzeck** für innere u. Nervenkranke.

Ärzte: Dr. *Wiedeburg*, Assistenzärzte Dr. *Gebhardt* u. Dr. *Weiß*. 150 Plätze.

Blankenhain, Thüringen

1. Thüringische **Landes**heilanstalt. Ebst. Blankenhain, Thüringen.

4 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 207 m., 238 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge: 18 m., 27 w., Abgänge: 21 m., 34 w., davon Todesfälle: 3 m., 9 w. 510 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Obermedizinalrat Dr. *Hans Hellbach*, Oberarzt Med.-Rat Dr. *Hermann Brünger*, Med.-Rat Dr. *Friedrich Michel*, Med.-Rat Dr. *Richard Greiner*. 129 Pfleger und Pflegerinnen. Eröffnet 1840 in Kapellendorf b. Jena als Asyl für gebrechliche und geistesschwache Personen, 1854 nach Blankenhain verlegt. Später mehrfach erweitert. Geschlossene Anstalt. Landwirtschaftsbetrieb.

2. Sanatorium für Nerven-, innere u. Stoffwechselkranke.

15 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leiter: Dr. *Diez*. 2 Pfleger. 2 Pflegerinnen. Offene Anstalt. Saisonbetrieb.

Blaukreuzhof über Hamm (Westf.)

Heilstätte für Alkoholgefährdete. Ebst. Welver i. W. Poststelle Eilmsen 2 über Hamm.

Digitized by Google

Zahl der Kranken am 1. 1. 37: 29 m., 4 w., Zugänge im Jahre 1936: 55 m., 8 w., Abgänge: 46 m., 6 w. 40—45 Plätze. Anstaltsleiter: Goebel; Anstaltsarzt: Dr. med. *Mertens* in Welver i. W., nebenamtlich. Offene Anstalt. Bekenntnis neutral.

Bodnegg, Kreis Ravensburg

St. Gertrud, Rosenharz. Postamt Bodnegg bei Ravensburg.

46 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 125 m., 105 w., Zugänge: 28 m., 17 w., Abgänge: 26 m., 23 w. 230 Plätze. 1 Verpflegklasse. Anstaltsvorstand: Direktor: J. Wilhelm; Anstaltsarzt: Dr. med. *Benken*. 1 Pfleger, 40 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Bonn, Rheinprovinz

1. Psychiatrische und Nervenklinik der **Universität** in Bonn, Kaiser-Karl-Ring 20.

Zahl der Kranken am 1. 1. 37: 13 m., 7 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 818 m., 373 w., der Abgänge 805 m., 379 w., darunter Todesfälle 5 m., 6 w. 55 Plätze. 3 Verpflegungsklassen. Ärzte: Direktor Professor Dr. *Pohlisch*; Oberarzt Dr. *Laubenthal*, planm. Assistenzarzt Dr. *Mäurer*, außerplanmäßige Assistenzärzte Dr. *Geller* und Dr. *Simmendinger*, 3 Volontärärzte, 1 Mediz. Prakt. 1 Oberpfleger, 2 Pfleger, 1 Oberpflegerin, 2 Pflegerinnen.

Gegründet 1908. Poliklinik für psychisch und Nervenkranke, jährlich ca. 1100 neue Zugänge. Röntgenabteilung (Leiter Prof. Dr. *Janker* chirurg. Klinik). Engste Zusammenarbeit mit dem Rhein. Provinzialinstitut für neurologisch-psychiatrische Erbforschung. Die durch die Personalunion mit der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt und der Provinzial-Kinderanstalt für seelisch Abnorme vereinte Klinik hat gesonderte Verwaltung und ist Staatsinstitut.

2. Rheinisches **Provinzial-Institut** für psychiatrisch-neurologische Erbforschung, baulich mit der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt verbunden.

Das Institut wurde begründet 1935 vom Landeshauptmann der Rheinprovinz zur Förderung der psychiatrisch-neurologischen Erbforschung. Außerdem Sitz des Landesobmannes für die erbbiologische Bestandsaufnahme der Rheinprovinz. — Zentralkartei über die Geisteskranken des Rheinlandes und deren Angehörige, die z. Zt. etwa 500000 Personen und 22000 Sippen umfaßt. Archiv von etwa 100000 Krankheitsgeschichten verschiedener Anstalten des Rheinlandes. Direktor: Prof. Dr. *Pohlisch*, leitender Arzt: Dr. med. habil. *Panse*, Assistenzarzt: Dr. *Troeger*, Volontärarzt: *Feige*. 9 Angestellte.

3. **Provinzial-Heil- u. Pflegeanstalt** in Bonn, Kölnstr. 208.

8 ha Eigenland, 25 ha Pachtland. Zahl der Kranken im Januar 1937:

Digitized by Google

550 m., 550 w., Zugänge im Vorjahr 471 m., 519 w., Abgänge 464 m., 515 w., darunter Todesfälle 81 m., 55 w. 1080 Plätze. 2 Verpflegungsklassen. Ärzte: Direktor Prof. Dr. *Pohlisch*, stellvertr. Direktor Dr. *Geller*, Oberärzte: Dr. *Werner*, Dr. *Linzbach*, Anstaltsarzt: Dr. *Wittmann*, Assistenzärzte: Dr. *Schmidt*, Dr. *Elsässer*, Dr. *Gierlich*, Dr. *Schubert*, Dr. *Schall*, Volontärarzt: Dr. *Heffels*, Außenfürsorge: leitender Arzt Oberarzt Dr. *Dietrich*, Volontärarzt: Dr. *Vieweger*. Heimpflege: 85 Kranke in Much, Dattenfeld, Sieglar und Niederkassel. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen. Eröffnet 1882.

4. Rheinische **Provinzial-**Kinderanstalt f. seelisch Abnorme in **Bonn,** Kölnstr. 205.

Zahl der Kranken am 1. 1. 37: 52 m., 35 w., Zahl der Zugänge im Vorjahr 316 m., 183 w., der Abgänge 299 m., 175 w., darunter Todesfälle 3 m. — w. 80 Plätze, außerdem je 20 Plätze in zwei Heimen für Knaben im Schulalter und Vorschulalter. 2 Verpflegklassen. In der Anstal selbst und in einem Heim ist Schule. Die Anstalt ist ebenso wie die Universitäts-Nervenklinik und die Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Bonn Prof. Dr. *Pohlisch* als Direktor unterstellt. Ärzte: Dr. med. *H. A. Schmitz*, leitender Arzt. Assistenzärzte bzw. Volontärassistenten: Fräulein *Else Krämer*, *Herbert Pfau*, *Franz Faust*, Dr. med. *Hermann Schulte*. Medizinal-Praktikant: *Max Kirsten*. 15 Ordensschwestern, 1 Schreibhilfe für die Erbbiolog. Bestandaufnahme. Die Anstalt ist in erster Linie die klinisch arbeitende jugend-psychiatrische Beobachtungsstätte für alle hilfsbedürftigen Kinder und Jugendliche des Rheinlandes. Nach Feststellung der Diagnose und nach Erhebung der erbbiologischen Verhältnisse in der Sippe werden die Begutachteten den geeigneten fremden und eigenen Heimen oder Familien zugewiesen. Ferner werden in der Anstalt neurologische und psychiatrische Regelwidrigkeiten bei Kindern und Jugendlichen stationär und ambulant für Behörden und Private begutachtet und behandelt.

5. **St. Paulus** Kuranstalt der **Alexianerbrüder** für männliche Nerven- und Gemütskranke in **Bonn,** Sebastianstr. 201.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 106 m., Zugänge im Jahre 1936: 111 m., Abgänge: 109 m., darunter Todesfälle: 12 m. 125 Plätze. 3 Verpflegklassen. Chefarzt Dr. med. et phil. *O. L. Weiß*. 28 Pflegepersonal. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

6. Sanatorium **Dr. A. Peipers** für Nerven- und Gemütskranke in **Bonn** a. Rh., Bonner Thalweg 57/63.

Zahl der Kranken am 1. 1. 37: 6 m., 6 w., Zugänge 1936: 4 m., 10 w., Abgänge: 5 m., 11 w., darunter Todesfälle: 1 m., 1 w. 20 Plätze. 2 Verpflegklassen. Besitzer und leitender Arzt: San.-Rat Dr. *A. Peipers*. 1 Pfleger, 2 Pflegerinnen, 1 Schwester, 1 Hausdame. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Entziehungskuren.

Digitized by Google

7. Dr. Hertz'sche Privatklinik für Nerven- und Gemütskranke in **Bonn,** Kreuzbergstr. 4. Ebst. Bonn.

15 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 15 m., 66 w., Zugänge im Vorjahr: 56 m., 120 w., Abgänge: 55 m., 111 w., darunter Todesfälle: 3 m., 11 w. 100 Anstaltsplätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: San.-Rat Dr. *A. Wilhelmy*, leitender Arzt; Dr. phil. et med. *H. Jancke*, Oberarzt; Dr. med. *Marga Strickstrock*, Assistenzärztin; Dr. med. *Erwin Bücken*, Volontär-Assistent. 7 Pfleger, 42 Pflegerinnen. Geschlossene und offene Abteilungen.

Borsdorf (Bz. Leipzig)

Borsdorfer Anstalten des Leipziger Vereins für Innere Mission **„Villa Elisabeth"**, Heilstätte für Trinkerinnen, Morphiumsüchtige usw. **Ebst. Borsdorf.**

15 Plätze. Direktor Pastor Wiemer; Anstaltsarzt Dr. *Schmidt.*

Bottrop (Westf.)

Nervenabteilung am **Knappschafts-Krankenhaus.** Ebst. Bottrop.

Offene Anstalt mit ca. 120 Plätzen für nervenkranke Männer, Frauen und Kinder. Ärzte: leitender Arzt Dr. med. *Hans Reetz*; Assistenzärzte: Dr. med. *Werner Zils*, Dr. med. *Wilhelm Uthoff*, Dr. med. *Hans Peiß.* Die Anstalt ist aus dem Knappschaftskrankenhaus: Lührmannstiftung in Essen hervorgegangen.

Branitz (Obschl. Kreis Leobschütz)

Heil- und Pflegeanstalt **St. Marienstift** Branitz. Postamt Branitz über Leobschütz.

Geschlossene Anstalt für Geisteskranke aller Konfessionen (milde Stiftung). Es können auch freiwillige Patienten zur Entziehungskur in die geschlossene Anstalt aufgenommen werden. Krankenbestand am 1. 1. 1937: 718 Männer, 794 Frauen. Ärzte: Chefarzt Dr. *Oskar Anders;* sein Vertreter I. Oberarzt Dr. *Martin Lazarus.* II. Oberarzt Dr. *Franz Wosnik.* Abteilungsärzte Dr. *Richard Klose*, Dr. *Josef Urbach*, Dr. *Josef Langer*, Dr. *Günther Ertel*, Dr. *Hans Stosch.* 108 Ordensschwestern (Marienschwestern), 88 Pfleger, 43 Hilfspflegerinnen.

Braunschweig

Städt. Krankenhaus (Holwedestr. 16).

Die Abteilung für Geisteskranke ist der Inneren Klinik eingegliedert und hat 11 Plätze für Männer, 11 Plätze für Frauen. 1 Pflegeklasse. Leitender Arzt der Inneren Klinik: Prof. Dr. *H. Rautmann.* Geschlossene Abteilung. Eröffnet 1910.

Brauweiler, Landkreis Köln (Rheinprovinz)

Heim für entmündigte Trinker, im Anschluß an die Provinzialarbeitsanstalt.

Digitized by Google

Breitbrunn am Ammersee (Oberbayern)

Heim für körperlich und geistig gebrechliche Töchter. Ebst. Seefeld-Heckendorf.

Zahl der Verpflegten am 1. 1. 1937: 22 w., Zahl der Zugänge im Vorjahr: —, Abgänge: 3 w. 43 Plätze. 2 Verpflegklassen. Hausarzt: Dr. *Sauer* in Inning am Ammersee. 5 Ordensschwestern. Geschlossene Anstalt nach dem Sinne des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Untersteht der Leitung der St. Josephskongregation in Ursberg.

Breklum (Reg.-Bez. Schleswig)

Sanatorium für Innere-, Nervenkranke und Erholungsbedürftige. Ebst. Bredstedt.

1 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 18 m., 64 w. 26 Plätze. 1 Verpflegklasse. Arzt: Dr. *P. Mahler.* Offene Anstalt.

Bremen

1. **Staatliche Bremische** Heil- und Pflegeanstalt. Ebst.: Sebaldsbrück (Bremen-Hannover) oder Oberneuland (Bremen-Hamburg) oder Bremen.

72 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 437 m., 402 w., im Vorjahr Zahl der Zugänge: 376 m., 392 w., der Abgänge: 364 m., 379 w., darunter Todesfälle: 51 m., 65 w. 870 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. med. *Theodor Steinmeyer*; Anstaltsärzte: Dr. *Fritz Kraus*, Dr. *Rudolf Hildemeister*; Assist.-Ärzte: Dr. *Theodor Reuschel*, Dr. *Ilse Lamprecht*, Dr. *Erich Schulz.* 71 Schwestern, 85 Pfleger. Erbaut 1900 bis 1904 als agrikulte Anstalt im Pavillonstil für 322 Kranke; 1907—1911 durch umfangreiche Neubauten und 1914 durch eine offene Villa erweitert. Seit Juli 1905 ist die ärztliche Aufsicht über die seit 1779 bestehende Familienpflege in der Umgebung *Ellens* auf die Anstalt übergegangen. Die Familienpflege umfaßt jetzt ca. 220 Kranke.

2. Privatklinik **Rockwinkel** bei **Bremen** für Nerven- und Gemütskranke. Ebst. Oberneuland.

22 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 14 m., 40 w. Im Vorjahre Zahl der Zugänge 85 m., 115 w., der Abgänge 85 m., 104 w. 66 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: leitender Arzt und Besitzer Dr. *Walter Benning*; Oberarzt: Dr. *Paul Murdfield*, Assistenzarzt Dr. *L. Hages.* 18 Pflegepersonal, 22 Hausangestellte. Gegründet 1764 von Dr. *Engelken*, bis 1910 im Besitz dieser Familie, seitdem durch Neu- und Umbauten vergrößert und neuzeitlich eingerichtet. 3 offene Häuser, 1 geschlossenes Haus. 1 Kurmittelhaus.

3. **Haus Redderson,** Erziehungsheim für Geistesschwache in **Bremen** Horn, Luisental 5.

Digitized by Google

5½ Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 66 m., 45 w. Leitung: Direktor *H. Geerken*. Anstaltsarzt Dr. med. *E. Peltzer*, Nervenarzt.

Breslau (Provinz Schlesien)

1. Psychiatrische und Nervenklinik der Schles. Friedrich-Wilhelm-Universität in Breslau, Auenstraße 44.

2,5 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 59 m., 44 w., im Vorjahr Zahl der Zugänge 1150 m., 610 w., der Abgänge 1134 m., 616 w., darunter Todesfälle 32 m., 19 w. 80 Plätze, 3 Verpflegungsklassen. Ärzte: Direktor Prof. Dr. *Johannes Lange*, Oberarzt Dr. med. habil. *Werner Wagner*, Assistenzärzte: Dr. med. habil. *Heinr. Kranz*, Dr. med. et phil. *Heinz Boeters*, Dr. med. *Heinz Sollmann*, Dr. med. *Reinhart Dittel* und approb. Arzt *Helmut Bormann*. Gegründet 1. VI. 1907. Geschlossene Anstalt mit neurologischer (offener) Abteilung.

2. Neurologische Station des Wenzel-Hancke-Krankenhauses in Breslau, Neudorfstr. 118.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: ca. 70 m., 50 w. 130 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: o. Professor Dr. *Ottfried Foerster*, Oberarzt Dr. *Stender*, Assist.-Ärzte Dr. *Leo*, Dr. *Neumann*, Dr. *Jenner*. 1 Pfleger, ca. 20 Pflegerinnen. Offene Anstalt. Beratungsstelle für Nervenkranke. Neurochirurgische Tätigkeit.

3. Heilstätte und Pflegehaus der Stadt Breslau für psychisch Kranke, Nervenkranke, Trunksüchtige und abnorme Kinder in Herrenprotsch. Ebst. Breslau-Herrenprotsch.

52,8 ha. Zahl der männlichen und weiblichen Kranken am 1. 1. 1936: 1090, der Zugänge m. und w. im Vorjahre 784, der Abgänge m. u. w. 724, darunter Todesfälle m. und w. 272. 1070 Anstaltsplätze. 2 Verpflegklassen. Direktor Alfred Tost. Ärzte: leitender Oberarzt Dr. med. *Kurt Anders*, erster Assistenzarzt Fräulein Ruth v. *Wietersheim*, zweiter Assistenzarzt Dr. *Wilhelm Pietruschka*. Pflegepersonal 9 m. und 43 w. Offene Anstalt mit geschlossenen Abteilungen. Außer den Pflegehäusern hat die Anstalt noch eine Heilstätte für Tuberkulöse. (Ob die Tuberkulösen in die obigen Zahlen mit eingerechnet sind, ist dem Herausgeber nicht bekannt.)

4. Städtische Heil- und Pflegeanstalt Nord; psychiatrische Abteilung, Breslau 10, Einbaumstr. 25.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: psychiatrische Abteilung: 54 m., 61 w., Pflegeabteilung: 42 m., 90 w., zus. 247. Im Vorjahr Zahl der Zugänge: psychiatrische Abteilung: 666 m., 624 w., Pflegeabteilung: 157 m., 204 w., zus. 1651. Zahl der Abgänge: psychiatrische Abteilung: 652 m., 587 w.; Pflegeabteilung: 154 m., 197 w., zus. 1590. Darunter Todesfälle: psychiatrische Abteilung: 48 m., 70 w., Pflegeabteilung: 11 m., 52 w., zus. 181. 248 Plätze. 2 Verpflegklassen: psychiatrische Abteilung und Pflege-Ab-

Digitized by Google

teilung. Ärzte: leitender Oberarzt Dr. Georg *Kasperek*, Assistenzärztinnen Dr. *Felicitas Lobe*, *Adelheid Leifer*, Assistenzärzte Dr. *Robert Deschka* und *Hans Kreisel*, Med.-praktikantin *Ursula Große*. 28 Pfleger, 31 Pflegerinnen.

5. Straf- und Jugendgefängnis **Breslau.** Lazarett-Abteilung zur Beobachtung auf Geisteskrankheit.

Zahl der Insassen am 1. 1. 1936: 14 Mann, Zugänge im Jahre 1936 70 m., Abgänge 71 m. 39 Plätze. Leitender Arzt Medizinalrat Dr. *Freisel*. 1 Hauptwachtmeister, 5 Oberwachtmeister. Geschlossene Anstalt. Gegründet 1889.

6. **Diakonissen-Heilanstalt Bethanien in Breslau,** Klosterstr. 112/120 (Nervenabteilung).

Es werden lediglich Kranke mit organischen Erkrankungen des Nervensystems und Neurosen behandelt. Geisteskranke und Epileptiker sind von der Aufnahme ausgeschlossen; Krampfkranke nur kurze Zeit zur klinischen Beobachtung und ev. Begutachtung. 1935 wurden 155 Nervenkranke mit durchschnittlich 28,2 Verpflegungstagen behandelt; davon entlassen: geheilt 35, gebessert 91, ungeheilt 2, gestorben sind 4. Chefarzt: Dr. *Kriebel*, Facharzt für Nervenkrankheiten: Dr. *Lange*.

Brieg (Reg.-Bez. Breslau, Provinz Schlesien)

Prov.-Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Brieg.

180 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 216 m., 263 w., Zugänge im Jahre 1936: 85 m., 91 w., Abgänge: 82 m., 90 w., darunter Todesfälle: 17 m., 17 w. 484 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor Prov. Ob.-Med.-Rat Dr. *Kurt Konietzny*, Oberarzt: Dr. *Friedrich Kaiser*, stellvertr. Direktor (kommissar.) Prov. Med.-Rat *Georg Stehr*, Abteilungsarzt: Dr. *Wilhelm Oberreuter*. 40 Pfleger, 37 Pflegerinnen, einschl. Oberpfleger und Oberpflegerinnen. Gegründet 1751. Zunächst waren die Geisteskranken im Brieger Zuchthaus untergebracht, 1784 wurde ein Irrenhaus auf dem Hofe des Zuchthauses gebaut. 1818 wurde das Kapuzinerkloster mit Geisteskranken belegt. Nach verschiedenen Um- und Neubauten wurde 1882 im benachbarten Briegischhof eine landwirtschaftliche Kolonie eingerichtet. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Bruchsal (Baden)

Psychiatrische Abteilung bei den Strafanstalten Bruchsal. Ebst. Bruchsal.

33 ar. Zahl der Kranken am 1. 1. 37: 42 m., im Vorjahre Zahl der Zugänge 57, der Abgänge 62, darunter Todesfälle 1. 50 Plätze. 1 Verpflegungsklasse. Leiter der Strafanstalten Direktor Oberregierungsrat Backfisch; Arzt: Med.-Rat Dr. *Walter Ernst*. 12 Aufseher. Gegründet 1903. Die Anstalt ist zur Aufnahme aller in den Oberlandesgerichtsbezirken Karlsruhe und Stuttgart geistig erkrankten männlichen Strafgefangenen bestimmt. Geschlossene Anstalt.

Digitized by Google

Bruckberg bei **Ansbach** (Ober-Mittelfranken)

Pflegeanstalt für Schwachsinnige. Ebst. Bruckberg (Wicklesgreuth).

Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 604 m., Zugänge im Jahre 1936: 104 m., Abgänge: 61 m., darunter Todesfälle: 21 m. 605 Plätze. 1 Verpflegklasse. Pfarrer und Direktor: Hilm. Ratz in Neuendettelsau. Arzt: Dr. *Friedrich Nörr* in Bruckberg. 54 Pfleger, 70 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt.

Buchenbach (Bez. Freiburg i. Br.)

Sanatorium Wiesneck für Nervenkranke. Ebst. Himmelreich i. Br.

10 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 11 m., 35 w., Zugänge im Jahre 1936: 31 m., 96 w., Abgänge 34 m., 95 w., darunter 1 w. Todesfall. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Dr. med. *Husemann*, leitender Arzt, Dr. med. *K. Frobenius*, Ärztin: *A. Fähser*. 2 Pfleger, 8 Pflegerinnen. Offene Anstalt.

Buchenlust (über Gleiwitz, Oberschlesien)

Johannesheim, Trinkerheilstätte. Ebst. Gleiwitz O.S.

Zahl der Kranken am 1.1.1936: 25 m., Zugänge im Jahre 1936: 33 m., Abgänge 24 m. 48 Plätze. 3 Verpflegklassen. Rektor Kowalczyk; Heimleiter: Datz; Arzt: Dr. *Torka*, Gleiwitz. 3 Pfleger, 1 Pflegerin. Offene Anstalt. An die Anstalt ist ein Siechenheim angeschlossen. Beratungsstelle für Trinker. Beschäftigungstherapie mit Diät und alkoholgegnerischer Aufklärung.

Buchholz i. S. (Erzgeb.)

Schottenbergheim, Anstalt für Geisteskranke Ebst. Buchholz i. S. (Erzgeb.)

2 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 75 m., 88 w., Zugänge im Jahr 1936: 46 m., 47 w., Abgänge 39 m., 57 w., darunter Todesfälle 16 m., 35 w. 180 Plätze. 1 Verpflegklasse. Arzt (nebenamtlich). Pflegepersonal 3 m., 6 w. Geschlossene Anstalt.

Bühl, Bezirk Karlsruhe (Baden)

Kurhaus und Sanatorium **Bühlerhöhe** für innere und Nervenkranke. Ebst. Bühl und Baden-Baden.

1301 ar. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 99, Zugänge im Vorjahr 1775, Abgänge 1757, darunter 2 Todesfälle. 2 Verpflegklassen. Chefarzt Dr. *Stroomann;* Dr. *Bauer*, Dr. *Illing*. Pflegepersonal: 8, techn. Personal: 4.

Digitized by Google

Bunzlau (Schlesien)

Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Bunzlau.

170 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 536 m., 662 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 230 m., 152 w., der Abgänge 265 m., 182 w., darunter Todesfälle 34 m., 44 w. 1359 Plätze, 1 Verpflegungsklasse. Ärzte: Direktor Prov. Obermedizinalrat Dr. *Carl Dodillet*; Oberärzte: Dr. *Otto Jaschke*, Dr. *Gottfried Petram*; Abteilungsärzte: Dr. *Josef Fabian*, Dr. *Helmut Finscher*, Dr. *Kurt Langer* (2 Arztstellen z. Zt. unbesetzt); 1 Medizinalpraktikantenstelle. 91 Pfleger, 85 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1863. Psychiatrischer Außendienst. In Familienpflege 17 männl. Kranke, 40 weibl. Kranke. Beratungsstelle für Psychisch- und Nervenkranke. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen. Anstaltsgut: 143 ha einschl. 27,5 ha Wald. Die Anstalt besitzt eine besonders eingerichtete Abteilung für weibliche Typhusbazillenträger und eine Alkoholikerstation.

Burgkundstadt (Ofr.)

St. Josephs-Pflegeanstalt für Schwachsinnige, Epileptische und Altersgebrechliche. Ebst. Burkundstadt (Ofr.)

0,6 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 36: 258 w., Zugänge im Jahre 1936: 31 w., Abgänge: 19 w., darunter Todesfälle 8. Plätze 280. 2 Verpflegklassen. Leiterin: M. Michaela Hämmerle, Os.F. Arzt und Sanitätsrat Dr. *Bullinger*. 40 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt.

Burgwald siehe Eberstadt

Carlshöfer Anstalten bei Rastenburg (Ostpreußen)

Heil- und Pflegeanstalt der Inneren Mission für Epileptische und Schwachsinnige. Ebst. Carlshof.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 425 m., 443 w., Zahl der Zugänge im Jahre 1936: 60 m., 42 w., der Abgänge: 52 m., 44 w., darunter Todesfälle 28 m., 15 w. 900 Plätze. 2 Verpflegungsklassen. Anstaltsleiter: Pfarrer Heinrich Dembowski; leitender Arzt: *Ernst Büsching*, Oberarzt: Dr. *Fritz Breidenbach*, Anstaltsarzt: Dr. *Horst Twardy*. Pflegepersonal männl.: 51, davon 30 Diakone, 52 weibl. Diakonissen. (Es besteht ein Haus für tuberkulöse Schwachsinnige). Offene Anstalt mit geschlossenen Abteilungen. Gründungsjahr 1883. Außerdem Erziehungshaus „Der Eichhof" für schulentlassene Fürsorgezöglinge. 170 Plätze. Ferner Arbeiterheim Carlshof mit angeschlossener Siechenabteilung für Männer mit 140 Plätzen. Von den Carlshöfer Anstalten wird in Stenken, Kreis Labiau, eine Heilstätte für Alkoholkranke unterhalten.

Carlsruhe (Kreis Oppeln Prov. Schlesien)

Helenenstift, Privatanstalt f. Geistesschwache. Ebst. Carlsruhe (Schl.).

20 Plätze. Arzt: Dr. *Paul Sander*. 2 Schwestern. 1926 eröffnet.

Digitized by Google

Chemnitz (Sa.)

1. Städtische Nervenanstalt Chemnitz.

23 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 156 m., 175 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge: 1189 m., 1091 w., der Abgänge: 1195 m., 1096 w., darunter Todesfälle: 75 m., 87 w. 450 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor städt. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. *Runge*, Oberarzt: Städt. Med.-Rat Dr. *Grage*, Ass.-Ärzte: Dr. *Otto*, Dr. *Beyer*, Dr. *Häntzschel*, Dr. *Reinitz*, Dr. *Mey*, Dr. *Seifert*, Dr. *Oppe*, Med. Prakt.: Dr. *Schrems*. Pflegepersonal: 148. Gegründet 1905. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung (besonderem Kurhaus für Nervenkranke), Kinderabteilung mit Schule; Beratungsstelle für psychisch Abnorme und Nervenkranke.

2. Landeserziehungsanstalt für Schwachsinnige, Pflegeanstalt für geisteskranke Kinder und Jugendliche sowie Landesblindenanstalt in Chemnitz-Altendorf. Ebst. Chemnitz, Hauptbahnhof.

69 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 412 m., 234 w., Zugänge im Vorjahr: 101 m., 52 w., Abgänge: 94 m., 64 w., darunter Todesfälle: 9 m., 5 w. 878 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Chefarzt und Oberreg. Med.-Rat Dr. *Walter Kürbitz*, Assistenzärzte Dr. *Kubitz*, Dr. *J. Schnieder*, Frl. Dr. *Berlit* und Frl. Dr. *Seidel*. Pflegepersonal: 130. Geschlossene Anstalt mit offener Kolonieabteilung. Beratungsstelle für Nervenkranke. Der Landesanstalt ist die Landesblindenanstalt angegliedert.

Cloppenburg (Oldenburg)

St. Vincenzhaus, Bildungsanstalt für Schwachsinnige (kath. Stiftung). Staatl. anerkannte Hilfsschule. Ebst. Cloppenburg.

2 ha. 150 Plätze. 1 Verpflegklasse. Hausarzt Dr. *Georg Bitter*. Lehr- und Haushaltungsschwestern. Eröffnet 1887.

Cochem (Mosel)-Sehl, Ebernach (Rheinprovinz)

1. Heil- und Pflegeanstalt der Franziskanerbrüder Sehl-Ebernach.

Ist gegenwärtig mit 68 Geisteskranken und Schwachsinnigen belegt. Leiter: Dr. *Viktor Scheiermann*. Leitender Arzt: Med.-Rat Dr. *Wetting*. Geschlossene Anstalt.

2. Heil- und Pflegeanstalt und Bildungsanstalt siehe Ebernach.

Colditz (Sachsen)

z. Z. nicht belegt.

Cottbus

Nervenabteilung des Städtischen Krankenhauses Cottbus. Ebst. Cottbus.

Digitized by Google

Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: geschlossene Abteilg. 3 m., 2 w., offene Abteilg. 4 m., 8 w. Zahl der Zugänge im Jahre 1936: geschlossene Abteilg. 55 m., 75 w., offene Abteilung: 80 m., 91 w., Zahl der Abgänge: geschlossene Abteilg. 57 m., 76 w., offene Abteilung 81 m., 94 w., darunter Todesfälle: geschlossene Abteilung 4 m., 6 w., offene Abteilung 1 m., — w. Plätze: in der geschlossenen Abteilung 11, in der offenen Abteilung 20—30. (Die leicht nervösen und psychisch Kranken sind in dem, im Ganzen 600 Plätze umfassenden Cottbuser Krankenhaus grundsätzlich nicht für sich gesondert, sondern mit den körperlich inneren Kranken zusammen untergebracht, was sich nach ärztlicher Mitteilung bewährt hat. 3 Verpflegungsklassen. Chefarzt der Inneren- und Nerven-Abteilung: Dr. *Kühne*. Offene Anstalt mit geschlossener Abteilung.

Danzig

Heilstätte **Ferberhaus** „Gute Herberge".

13 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936 42 m., Zugänge im Jahre 1936 34 m., Abgänge 27 m., darunter 1 Todesfall. 60 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leitender Arzt der Heilstätte Dr. *Waldemar Schimanski*, Oberarzt der Psychiatrischen Klinik der staatl. Akademie. 9 Pfleger. Geschlossene Anstalt. Es finden nur männliche und zwar nur leichtere Kranke Aufnahme; Epileptiker ausgeschlossen.

Darmstadt

Psychiatrische Abteilung der **städtischen** Krankenanstalt.

Krankenhausdirektor Stadt-Obermed.-Rat Dr. *Paul Schlippe*; Nervenarzt Obermed.-Rat Dr. *Wilhelm Vix*. Pavillon mit 24 Betten zur vorübergehenden Unterbringung und Beobachtung von Geisteskranken.

Darmstadt-Eberstadt (Prov. Starkenburg, Hessen)

Pflegeanstalt.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 241 m., 262 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 84 m., 76 w., der Abgänge 73 m., 45 w., darunter Todesfälle 31 m., 24 w. 515 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor Med.-Rat Dr. *Wilh. Bausch*; 1 Hilfsarzt vorgesehen. 9 Pfleger, 22 Schwestern und Pflegerinnen. Gegründet 1903. Die Anstalt ist in erster Linie für körperlich Pflegebedürftige bestimmt, es finden aber auch psychisch Defekte Aufnahme, insofern diese der besonderen Einrichtungen der Irrenanstalt nicht bedürfen. Offene Anstalt.

Deggendorf (Reg.-Bez. Niederbayern-Oberpfalz)

Städtische Pflegeanstalt Elisabethen-Heim für weibliche Geistesschwache. Ebst. Deggendorf.

1,4 ha ausschließlich Anstalt, Gärten und Ökonomie. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 206 w., Zugänge im Vorjahr 37 w., Abgänge 31 w., darunter 7 w. Todesfälle. 210 Anstaltsplätze. 1 Verpflegklasse. Leiter der Bürger-

Digitized by Google

meister der Stadt Deggendorf, Arzt: Landgerichtsarzt Bezirksarzt Dr. *Schottenloher*. 15 klösterliche Krankenpflegeschwestern, außerdem Dienstpersonal. Geschlossene Anstalt.

Delmenhorst (Oldenburg)

Landwirtschaftliche Lehr- u. Heimstätte **Albertushof** bei **Delmenhorst** für Nervenkranke, leicht Schwachsinnige und körperliche Behinderte. Ebst. Delmenhorst.

45 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 16 m., 5 w., Zugänge im Jahre 1936: 2 m., Abgänge: 1 m. 28 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leiter: H. Schunk, Diakon u. Wohlfahrtspfleger. 2 Pfleger, 4 Pflegerinnen. Offene Anstalt. Beratungsstelle für psychisch Kranke und abnorme Kinder. Ausbildung in der Landwirtschaft; Betreuung für kurze Zeit oder auf Dauer im Familienheim. Die Anstalt ist Privatanstalt, trägt aber charitativen Charakter.

Deybach b. Lautrach (Reg.-Bz. Schwaben)

Erziehungs- und Pflegeanstalt für weibl. Geistesschwache, Epileptiker und Kretinen. Postamt Deybach bei Lautrach.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 368 w., Zahl der Zugänge im Vorjahr: 31 w., Abgänge: 26 w., darunter Todesfälle: 11 w. 380 Plätze. 2 Verpflegklassen. Direktor: Josef Höringer; Arzt: Dr. *Gustav Ziegler*. 50 Pflegepersonal. Geschlossene Anstalt.

Domjüch bei Neustrelitz (Strelitz)

Mecklenburgische Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Strelitz (Alt.).

57 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 104 m., 105 w., Zahl der Zugänge im Jahre 1936: 143 m., 84 w., der Abgänge: 131 m., 84 w., darunter Todesfälle: 20 m., 17 w. 250 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor: Obermedizinalrat Dr. *Schmidt*, Oberarzt: Medizinalrat Dr. *Hecker*. 21 Pfleger, 24 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Dortmund (Westfalen)

Provinzialheil- u. Pflegeanstalt **Aplerbeck**. Ebst. Dortmund und Aplerbeck.

72 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 456 m., 566 w., Zugänge im Vorjahr: 204 m., 242 w., Abgänge: 170 m., 173 w., darunter Todesfälle: 35 m., 44 w. 1027 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Prov. Obermedizinalrat Dr. *Paul Pohlmann*, Direktor; Prov. Med.Rat Dr. *Wilhelm Holzer*, Oberarzt Dr. *Karl Paasche*, Oberarzt Dr. *Karl Goos*, Oberarzt Dr. *Werner Sengenhoff*, Assistenzarzt Dr. *Theodor Niebel*. Pflegepersonal: 76 m., 85 w. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen. (Der Ort Aplerbeck wurde nach Dortmund eingemeindet.) Eröffnungsjahr 1895.

Digitized by Google

Dresden

1. **Stadtkrankenhaus Dresden-Löbtauerstr.** Psychiatrische u. Nervenklinik (Heil- u. Pflegestation) und Klinik für chronisch-körperlich u. Nervenkranke mit Heimabteilung.

5 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 278 m., 488 w., Zugänge im Vorjahr: 1857 m., 2085 w., Abgänge: 1857 m., 2071 w., darunter Todesfälle: 437 m., 627 w. 1070 Plätze. 4 Verpflegklassen. Beamtete Ärzte: Chefarzt Prof. Dr. *Hans Krisch*, städt. Ober-Medizinalrat, leitender Arzt d. Psychiatr. und Nervenklinik, Prof. Dr. *Franz Schob*, städt. Ober-Med.Rat, leitender Arzt der Klinik für chronisch körperlich u. Nervenkranke, Oberarzt Dr. *Duncan Campbell*, städt. Med. Rat, Oberarzt Dr. *Friedrich Kaiser*, städt. Med.Rat, Oberarzt Dr. *Ossian Oehmig*, städt. Med. Rat, 8 planm. Assistenzärzte, 1 Hilfsarzt, 2 Praktikanten. 58 m., 145 w. Pflegepersonal. Geschlossene psychiatrische und offene neurologische Abteilungen. Die Klinik kommt nicht für Verwahrung, sondern nur für Heilbehandlung in Frage.

2. Privatnervenklinik Dr. **Stoltenhoff** für Nerven- u. Gemütskranke in **Dresden** A. 20, Josefstr. 12. Ebst. Dresden, Hauptbahnhof.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 4 m., 23 w., Zugänge im Vorjahr: 58 m., 140 w., Abgänge: 59 m., 135 w., darunter Todesfälle: 3 m., 13 w. 35 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Dr. med. *H. Stoltenhoff*, leitender Arzt, Dr. med. *Mathilde Stoltenhoff*, Hausärztin, Dr. med. *Elisabeth Buchholz*, Assistenzärztin. 8 Krankenschwestern. Geschlossene Abteilung mit 15, offene Abteilung mit 20 Plätzen.

3. Dr. **Stadelmanns** Privat-Klinik für Nervenkranke und nervenkranke Kinder in **Dresden,** Nürnberger Str. 55.

5 Plätze. 1 Verpflegklasse. Arzt: Dr. med. *Heinrich Stadelmann*, Nervenarzt. 1 Schwester. Gegründet 1900; 1905 von Würzburg nach Dresden verlegt. Offene Anstalt.

4. Sanatorium **San.-Rat Dr. H. Teuscher** für Nervenkranke in **Dresden-Weißer Hirsch.** Ebst. Dresden-N.

17200 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 4 m., 5 w., Zahl der Zugänge im Jahre 1936: 104 m., 127 w., der Abgänge: 103 m., 131 w. 1 Verpflegklasse. Besitzer u. Direktor San.-Rat Dr. *H. Teuscher*. 1 Pfleger, 2—4 Pflegerinnen. Offene Anstalt, in der psychische Störungen nur insofern Aufnahme finden, als sie sich und anderen nicht gefährlich sind.

5. **Schröters** Heilpädagogisches Institut in **Dresden,** Weinbergstr. 38.

5000 qm. Zahl der Zöglinge am 1. 1. 1937: 10 m., 5 w. 18 Plätze. 1 Verpflegklasse. Otto Trillitzsch, Privatschuldirektor. Offene Anstalt. 1873 in Dresden durch Schröter gegründet. 1910 Übernahme durch Direktor Trillitzsch, 1922 nach Moritzburg verlegt, 1931 nach Dresden zurück.

Digitized by Google

Drolshagen (Westfalen)

St. Gerhardushospital des Ordens der armen Franziskanerinnen in **Olpe** für Epileptische, Schwachsinnige und Geisteskranke. Ebst. Drolshagen.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 125 w. 1 Verpflegklasse. Leitender Arzt: Dr. med. *Worken*. 15 Schwestern. Geschlossene Anstalt mit halboffener Abteilung.

Düren (Rheinland)

Rheinische **Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt**. Ebst. Düren, Rhld.

31 ha, außerdem ein Anstaltsgut v. 140 ha. Gegründet 1878. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 949 m., 588 w., darunter in Heimpflege: 67 m., 62 w. Zugänge im Vorjahr: 565 m., 175 w. (in diesem Jahr besonders viel Verlegungen aus anderen Anstalten; sonst zirka 200 m., 175 w.). Abgänge im Vorjahr: 199 m., 200 w., darunter verstorben: 57 m., 58 w. Außerdem sind im Jahre 1936 erhöhte Zugänge dadurch entstanden, daß die Anstalt Düren für nach § 42b und c. Einzuweisende fast aus allen Amtsgerichtsbezirken der Rheinprovinz zuständig ist; z. Z. sind 120 derartige Fälle in der Anstalt, die eine sogenannte „gesicherte Abteilung" (Bewahrungshaus) für solche Patienten besitzt. Die bisher ebenso eingewiesenen 5 Frauen sind auf den Abteilungen der Frauenseite untergebracht. Zahl der Plätze für männliche Kranke: 1100, für weibl. 650. Ärzte: Direktor Dr. *Martin Steinbrecher*; Oberärzte: Dr. *Heinrich Schäfgen*, Dr. *Paul Drews*, Dr. *Karl Capell*; Anstaltsarzt Dr. *Heinrich Stillger*, außerdem 3 Volontärärzte, 107 Pfleger, 74 Pflegerinnen. 2 Verpflegungsklassen. Psychiatrischer Außendienst und erbbiologische Bestandsaufnahme im Aufnahmebezirk, der sich mit dem Reg. Bez. Aachen in der Hauptsache deckt.

Düsseldorf-Grafenberg (Rheinprovinz)

Rheinische **Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt**. Ebst. Düsseldorf und Haltestelle der städtischen Straßenbahnen „Auf der Hardt".

53 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 555 m., 474 w. Im Vorjahre Zahl der Zugänge 937 m., 701 w., der Abgänge 951 m., 675 w., darunter Todesfälle 12 m., 81 w. 1115 Plätze, 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor: Professor Dr. *Franz Sioli*, Direktor der psychiatrischen Klinik der Med. Akademie Düsseldorf; Oberärzte: Dr. *Eduard Weinbrenner*, Dr. *Heinrich Mappes*, Dr. *Karl Bastin*, Dr. *Alois Havestadt*, Dr. *Hermann Wegener*; Dr. *Paul Eichler*, Anstaltsärzte: Dr. *Josef Seidl*; Assistenzarzt der psychiatrischen Klinik der Med. Akademie Düsseldorf: Dr. *Albert Kentenich*; Assistenzarzt: Dr. *Max Rohde*; Volontärärzte: Dr. *Arno Schmitz*, Dr. *Rudi Holzer*, Dr. *Rudi Hausmann*, Dr. *Elisabeth Pohlmann*, Dr. *Anni Frerk*.

In Verbindung mit der erbbiologischen Bestandsaufnahme **Beratungsstelle** für psychisch und Nervenkranke bei den Wohlfahrtsämtern im Auf-

Digitized by Google

nahmebezirk. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen. Die Anstalt ist vertraglich der Stadt Düsseldorf für die Medizinische Akademie als psychiatrische Klinik, ferner als Stadtasyl zur vorläufigen Unterbringung für Geisteskranke zur Verfügung gestellt.

Düsseldorf-Kaiserswerth (Rheinprovinz)

Heilanstalt **„Johannisberg"** für weibliche Nerven- und Gemütskranke. Ebst. Düsseldorf Hauptbahnhof oder Duisburg Hauptbahnhof.

25 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 70 w., Zugänge im Vorjahr: 152 w., Abgänge: 170 w., darunter Todesfälle: 10 w. 100 Plätze. 3 Verpflegklassen. Leitender Arzt: Dr. *Aart Schaefer.* 34 Schwestern. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Gegründet 1852 durch den Schöpfer des gesamten Diakonissenwerkes, Pastor Theodor Fliedner.

Düsseldorf-Unterrath

St. Josefs-Heil- und Pflegeanstalt für weibliche Epileptiker, Schwachsinnige und dergl. Ebst. Düsseldorf-Unterrath.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 330 w., Zugänge im Vorjahr: 33 w., Abgänge 36 w., darunter Todesfälle: 20 w. 330 Plätze. Leitende Ärztin: Dr. *Deiters*; Vertreter: Dr. *Bamert*, prakt. Arzt in Unterrath. Pflegepersonal: 28 Ordensschwestern, 12 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt mit halboffener und offener Abteilung. Familien- bzw. Heimpflege.

Ebernach b. Cochem-Mosel

Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke und Bildungsanstalt für geistig zurückgebliebene und epileptische Knaben und Mädchen. Ebst. Cochem a. d. Mosel.

47 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 70 w., Zugänge im Vorjahr: 60 m., Abgänge: 400 m., darunter Todesfälle: 6 m. 410 Plätze. 2 Verpflegklassen. Leiter: Br. Viktor Scheiermann, dirig. Arzt: Med.Rat Dr. *Welling*, Kreisarzt. Pflegepersonal: 54. Geschlossene Anstalt mit einer offenen Abteilung.

Eberstadt bei Darmstadt (Hessen)

Heilstätte **Burgwald** für männliche Alkoholkranke. Ebst. Eberstadt an der Bergstr.

25 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 30 m., Zugänge im Jahre 1936: 52 m., Abgänge 53 m. 30 Plätze. 1 Verpflegklasse. Inspektor-Leiter: F. Ziesche; leitender Arzt Dr. med. *Georgi* in Niederramstedt. 2 Pfleger, 3 Pflegerinnen. Offene Anstalt. Bekenntnis neutral, vorwiegend evangelisch. Beratungsstelle für psychisch Kranke, Nervenkranke u. Trunksüchtige. Psychotherapeutische Behandlung; Unterrichtsbelehrung u. Arbeitstherapie; Hauszeitung für ehemalige Pfleglinge.

Digitized by Google

Eberswalde bei **Berlin** (Provinz Brandenburg)

Brandenburgische **Landesanstalt** für Geisteskranke. Ebst. Eberswalde.

125 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 697 m., 711 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 251 m., 248 w., Abgänge: 242 m., 256 w., darunter Todesfälle 66 m., 66 w. 1350 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Dr. *Friedrich Baumann*, Direktor und Landesmedizinalrat für die Provinzial-Verwaltung Brandenburg; Oberärzte: Dr. *Max Gillwald*, Dr. *Felix Großmann*, Dr. *Egon Greifelt*, Dr. *Otto Hebold*; Dr. *Gustav Donalies*; Assistenzarzt Frl. *Ruth Sniehotta*; Dr. *Joachim Schwalbe*; 1 Med.Prakt., 1 Med. Praktikantin. 144 Pfleger, 137 Pflegerinnen. Gegründet 1865. Psychiatrischer Außendienst. In Familienpflege 80 Kranke. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen.

Eckardsheim b. Bielefeld

Heilstätte Thekoa für Alkoholkranke. Ebst. Kracks, Bezirk Minden i. W.

Besitzer: Die v. Bodelschwingh'schen Anstalten in Bethel b. Bielefeld. Bekenntnisevang. Leitung: Pastor Dietrich. Arzt: Oberarzt Dr. *Hebel*. 45 Plätze. Offene Anstalt. Blaukreuz. 1935 vollst. umgebaut.

Ecksberg mit Filialen **Backham u. Berg**

Kretinenanstalt. Ebst. Ecksberg, Backham, Berg.

597 Tagewerk. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 165 m., 176 w., Zugänge im Jahre 1937: 10 m., 9 w., Abgänge: 6 m., 5 w., darunter Todesfälle: 4 m., 5 w. 356 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor: Geh. Rat Georg Lunghamer in Ecksberg, Arzt: Dr. *Max Eder*, Bezirksarzt u. Anstaltsarzt in Mühldorf. 28 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt.

Eglfing-Haar bei **München**

Oberbayr. **Kreis-** Heil- u. Pflegeanstalt **Eglfing-Haar** bei München. Ebst. Haar (München-Rosenheim).

Anstaltsgelände 97 ha, landwirtschaftlicher Besitz 365 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 1277 m., 1403 w., Zahl der Zugänge 1936: 323 m., 465 w., Zahl der Abgänge 1936: 306 m., 466 w., darunter Todesfälle 56 m., 106 w. Etwa 2782 Plätze. 2 Verpflegsklassen. Ärzte: Direktor Obermed. Rat Dr. *Friedrich Ast*, stellvertr. Direktor: Dr. *Moritz Schnidtmann*; Med. Räte I. Kl.: Dr. *Franz Sendtner*, Dr. *Max Theobald*, Dr. *Friedrich Hölzel*; Oberärzte: Dr. *Anton Edler von Braunmühl*, Dr. *Hans Mandel*, Dr. *Hermann Nadler*, Dr. *Leonhard Ersfeld*; Assistenzärzte auf Dienstvertrag: *Ernst* Frh. *von Amelunxen*, Dr. *Gustav Eidam*, Dr. *Josef Binder*, Dr. *Hans Gutenäcker*, Dr. *Max Barth*. 5 Pflegesekretäre, 5 Bezirksoberpfleger, 183 Pfleger, 7 Barmh. Brüder, 1 Pflegesekretärin, 6 Bezirkspflegerinnen, 228 Pflegerinnen. 1901—1905 als Ersatz für die ständig über-

Digitized by Google

füllte und von der Stadt umklammerte Kreisirrenanstalt München erbaut und am 24. 7. 1905 eröffnet. Psychiatr. Außendienst. Beratungsstelle für psychische u. Nervenkranke in München durch Oberarzt Dr. *Hans Wandl*; ländliche Fürsorge u. erbbiologische Forschung durch Oberarzt Dr. *Hermamm Nadler*.

Eichberg bei Hattenheim im Rheingau (Provinz Hessen-Nassau)

Landesheilanstalt. Ebst. Hattenheim.

60 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 484 m., 436 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 173 m., 120 w., der Abgänge 103 m., 110 w., darunter Todesfälle 20 m., 38 w. 850 Plätze in der Anstalt. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Wilhelm Hinsen*; Oberärzte: Dr. *Leopold Coulon* und Dr. *Walter Kilb*; 1 Anstaltsarzt und 1 Volontärarzt. 99 Pfleger und Pflegerinnen. — Die Nassauische Irrenanstalt befand sich von 1815 bis 1849 in Eberbach, seitdem auf dem Eichberg. In Familien- und Heimpflege sind zur Zeit 85 Kranke untergebracht. Beratungsstellen für psychisch- und Nervenkranke befinden sich im Wohlfahrtsamt Wiesbaden und in den Kreisstädten der Kreise: Rheingau, St. Goarshausen und Untertaunus.

Eickelborn (Provinz Westfalen)

Provinzial-Heilanstalt für Geisteskranke. Ebst. Benninghausen.

60 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 878 m., 769 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 261 m., 182 w., der Abgänge 231 m., 208 w., darunter Todesfälle 31 m., 30 w. 1658 Plätze. 2 Verpflegungsklassen. Ärzte: Direktor Provinzial-Obermedizinalrat Dr. *Otto Kanis*; Oberärzte: Provinzialmedizinalrat Dr. *Ernst Jost*, Dr. *Ferdinand Hürten*, Dr. *Wilhelm Kemper*, Dr. *Richard Moenikes*, Dr. *Hans Hundt*, Dr. *Erich Altenkämer*; Assistenzarzt: Dr. *Karl Ewald*. 94 Schwestern, 111 Pfleger. Im Jahre 1883 eröffnet als Pflegeanstalt für unheilbare Geisteskranke, 1903 Errichtung eines Bewahrhauses für gefährliche Geisteskranke und eines Landhauses für ruhige arbeitende Männer; 1908—1914 als neuzeitliche Heilanstalt ausgebaut. Familienpflege, Beratungsstelle für psychische und Nervenkranke. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Eilmsen (Kreis Soest)

Heilstätte für Alkoholgefährdete: **Blaukreuzhof** über **Hamm** (Westf.) Ebst. Welver i. W.

19 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 29 m., 4 w., Zugänge im Vorjahr: 55 m., 8 w., Abgänge: 46 m., 6 w. 45 Plätze. 1 Verpflegklasse. Besitzer u. Leiter: Dietrich Goebel; Arzt: Dr. med. *Mertens*. 3 Pflegepersonal. Offene Heilstätte. Gegründet 1906.

Eisenach (Thür.)

Prof. **Rud. Denhardts** Anstalt gegen Stottern und andere Sprachleiden.

Digitized by Google

1 Verpflegklasse. Dir.: J. I. Knittel. Hausarzt: Dr. med. *Wedemann*. Beratungsstelle für Sprachleidende jeden Alters. Kinder werden als zur Familie gehörig betrachtet.

Elster-Bad

Dr. Köhlers Sanatorium, physikalisch-diätetische Heilanstalt für Bewegungsstörungen, innere und Nervenkrankheiten. Ebst. Bad Elster.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 9 m., 12 w., Zugänge im Jahr 1936: 389 m., 750 w., Abgänge 392 m., 744 w., darunter Todesfälle 14 m., 13 w. 175 Anstaltsplätze. Ärzte: Geh. Sanitätsrat Dr. *Köhler*, Dr. med. *Käppeler*, Dr. med. *Huchzermeyer*. Pflegepersonal: 14. — Alle erprobten physikalischen Methoden, Kurmittel des Bades, Freiluftliegebehandlung, Psychotherapie, Diätkuren.

Emmendingen (Baden)

Badische Heil- u. Pflegeanstalt. Ebst. Emmendingen.

88 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 638 m., 626 w., im Vorjahr Zahl der Zugänge: 261 m., 219 w., der Abgänge: 215 m., 229 w., darunter Todesfälle: 19 m., 32 w. 1300 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Viktor Mathes*; Medizinalräte: Dr. *Ernst Jaeger*, *Siegfried Reck*, Dr. *Otto Schretzmann*, Dr. *Gregor Overhamm*; Ass. Ärzte: *Josef Braun*, Dr. *Willi Kieser*, Dr. *Karl Walter*, Dr. *Gertrud Koch*, Dr. *Werner Innöt*, *Amely Born*. 126 Pfleger, 112 Pflegerinnen. Gegründet 1989. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Psychiatrische Betreuung der Fürsorgeanstalt für Mädchen in Lahr.

Ensen (Rheinprovinz)

Alexianer Heil- u. Pflegeanstalt für männliche Geisteskranke, Schwachsinnige und Epileptiker. Ebst. Porz.

5 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 323, Zugänge im Jahre 1936: 90, Abgänge 101, darunter Todesfälle: 31. 325 Plätze. 3 Verpflegklassen, 43 Pfleger. Leitender Arzt: Dr. *Josef Westermann*; Ass.-Arzt: Dr. *Wilfried Doering*. Eröffnet 1905. Geschlossene Anstalt mit offener Abt. für Nervenkranke.

Erlangen (Bayern), Kreis Mittel- u. Oberfranken

1. Kreis-Heil- und Pflegeanstalt.

15300 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937 (Familienpflege inbegriffen): 441 männlich, 585 weiblich. (In der Anstalt befindet sich die Psychiatrische u. Nervenklinik der Universität, welche am 1. 1. 1937 88 m. und 91 w. der angeführten Anstaltspfleglinge ärztlich betreute). Zahl der Zugänge im Vorjahr (Klinik inbegriffen): 411 m., 374 w., Zahl der Abgänge (Klinik inbegriffen): 394 m., 383 w., darunter Todesfälle: 28 m.,

Digitized by Google

59 w. 1000 Anstaltsplätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Wilhelm Einsle*, Obermedizinalrat Dr. *Wilhelm Caselmann*, stellvertretender Direktor und Familienpflegearzt; Abteilungsärzte: Medizinalrat Dr. *Hermann Müller*, Oberarzt Dr. *Hans Prießmann*; Assistenzärzte: Dr. *Stefan Murar* und Dr. *Hermann Blank*. Pfleger: 98, Pflegerinnen: 100. Psychiatrischer Außendienst: hauptamtliche Fürsorgeärzte: Medizinalrat Dr. *Hubert Schuch*, Medizinalrat Dr. *Ewald Grimm*. Beratungsstellen in Nürnberg und Fürth. — Eröffnet 1846.

2. Psychiatrische u. Nervenklinik der Universität.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 88 m., 91 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 324 m., 226 w., der Abgänge 218 m., 228 w., darunter Todesfälle 12 m., 14 w. 200 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Universitätsprofessor Dr. *Friedrich Meggendorfer*; Oberarzt: Dr. *Adolf Bingel*; Assistenzärzte: Dr. *Hans Stracke*, Dr. *Oskar Sailer*. 20 Pfleger, 20 Pflegerinnen. Die Psychiatrische Klinik ist in einem Gebäude der Heil- und Pflegeanstalt untergebracht und hat mit dieser gemeinsame Verwaltung, ist im übrigen selbständig. Poliklinik für psychische und nervöse Krankheiten.

Ershausen (Eichsfeld, Prov. Sachsen)

St. Johannesstift. Privatanstalt für Geistesschwache, Epileptiker und Idioten. Ebst. Ershausen.

Zahl der Kranken am 1. 1. 36: 112 m., 87 w., Zahl der Zugänge im Jahr 1936 6 m., 6 weibl., der Abgänge 7 m., 2 w., davon durch Tod: 1 m., 2 w. 225 planmäßige und 15 überplanmäßige Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor: Pfarrer Friedrich Kalbhenn; Arzt: Dr. *Joseph Löffler*. 28 Schwestern, 4 Helferinnen, 1 Pfleger. Gegründet 1905; 1909 und 1926 vergrößert. Geschlossene Anstalt.

Eschweiler (Reg. Bez. Aachen)

Kreispflegehaus für altersschwache Personen. Ebst. Eschweiler.

19 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 102 m., 115 w., Zugänge im Vorjahr: 30 m., 41 w., Abgänge: 32 m., 33 w., darunter Todesfälle: 15 m., 18 w. 260 Plätze. 1 Verpflegklasse. Verwalter: Kreiswohlfahrtsamtsdirektor Roos, Arzt: Dr. med. *Gerhardy*. 17 Pflegeschwestern, 17 Hausangestellte. Offene Anstalt.

Essen (Rheinprovinz)

1. Psychiatrische und Nervenklinik der **städtischen** Krankenanstalten in **Essen**, Hufelandstr. 55.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 46 m., 47 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge: 1305 m., 806 w., der Abgänge: 1259 m., 759 w., darunter Todesfälle: 66 m., 44 w. 95 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Chefarzt: Dr. *Walter Baumann*; Assistenzärzte: Dr. *Friedrich Nolte*, Dr. *Hans Dellwig*, Dr. *Ger-*

Digitized by Google

trud Reuter, Dr. *Elisabeth Güldner*. 12 Schwestern, 8 Pfleger. Eröffnet 1909. Zunächst bestand nur eine geschlossene Abteilung von 40 Plätzen, seit 1925 ist unter gleicher Leitung in dem früheren Kruppschen Erholungshaus eine offene Nervenabteilung von ca. 55 Plätzen errichtet worden. Beratungsstelle für psychisch- und Nervenkranke in der Ambulanz. Geschlossene und offene Abteilung sind vollkommen voneinander getrennt.

2. Psychiatrische und Nervenstation des **Philippusstiftes in Essen-Borbeck,** Hülsmannstraße 17.

Zahl der Kranken am 1. 1. 37: 41 m., 38 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge: 282 m., 309 w., Abgänge: 253 m., 314 w., darunter 47 Todesfälle: 25 m., 22 w. 80 Plätze (davon 45 in geschlossener Abteilg.). 3 Verpflegklassen. Ärzte: Chefarzt: Dr. *Ferd. Segerath*, Facharzt für Nerven- und psychisch Kranke; I. Assistenzarzt Dr. *Menne*, II. Assistenzarzt Dr. *Kampshoff*. 5 Schwestern, 3 Pflegerinnen, 2 Krankenwärter. Gegr. 1925. Offene und geschlossene Abteilung.

3. **Franz-Sales-Haus** des Vereins zur Erziehung und Pflege kath. schwachsinniger, epileptischer, nervöser und schwererziehbarer Kinder beiderlei Geschlechts aus der Rheinprovinz in **Essen-Huttrop,** Steeler Str. 261.

Geistl. Direktor: Msgr. Hermann Schulte-Pelkum. Chefarzt: Dr. *Hans Hegemann*, Assistenzarzt: Dr. med. *Elisabeth Sackers*. 92 Schwestern und 60 Helferinnen. Offene Anstalt. 1100 Plätze. Gegründet 1884.

4. **Heimathaus Sichar** für schwachsinnige, altersschwache, sowie körperlich sieche Frauen und Mädchen in **Essen.**

1 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 70 w., Zugänge im Jahre 1936: 30 w., Abgänge: 30 w., darunter Todesfälle: 7 w. 70 Plätze. 1 Verpflegklasse. Arzt: Dr. med. *Bohle* in Essen. 1 Pfleger, 6 Pflegerinnen. Offene Anstalt.

5. **St. Kamillushaus,** Heilstätte für männliche Alkohol- und Nervenkranke in **Essen-Heidhausen.** Ebst. Essen-Werden a. d. Ruhr.

50 Morgen. Zahl der Kranken am 1.1.1937: 35 m., Zugänge im Vorjahr: 93 m., Abgänge 84 m. 100 Plätze. 2 Verpflegklassen. Direktor: Pastor Leuwer, Arzt: Dr. med. *Speltzen*. 10 Pflegepersonal. Offene Anstalt. Gegründet 1901 von der kathol. Ordensgenossenschaft der Kamillianer als erste katholische Heilstätte für alkoholkranke Männer. Offene Anstalt.

Essen-Bredeney

Waldsanatorium Dr. Hackländer, Privatklinik für Nervenkranke in Essen-Bredeney, Wiedfeldstr. 40/42. Ebst. Essen.

Digitized by Google

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 8 m., 2 w., Zugänge im Jahr 1936: 104 m., 10 w., Abgänge 96 m., 8 w., darunter 1 m. Todesfall. Ärzte: Dr. med. *Friedr. Hackländer*, 1 Med. Praktikant. 1 Schwester in Bereitschaft, Nachtwacheschwester und Privatpflege nach Bedarf. 2 Verpflegklassen. 33 Plätze. Hydro-Elektro-Psychotherapie; Entziehungskuren.

Falkenhag siehe unter Rickling

Frankenhausen — Bad (Thüringen)

Erziehungsheim **Wilhelmstift** für schwachsinnige Jugendliche. Ebst. Bad Frankenhausen (Kyffh.).

Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 105 m., Zugänge im Jahre 1936: 10 m., Abgänge: 10 m., darunter Todesfälle 10. 115 Plätze. 1 Verpflegklasse. Vorsteher: Otto Mau. Hausarzt Dr. *Mohr* in Bad Frankenhausen. 10 Pfleger. Geschlossene Anstalt.

Frankenthal (Pfalz, Bayern)

Kreis-Heil- u. Pflegeanstalt. Ebst. Frankenthal (Rheinpfalz).

4 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 450 m., 424 w., Zugänge im Vorjahr: 221 m., 188 w. Abgänge: 213 m., 173 w., darunter Todesfälle: 48 m., 47 w. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Heinrich Resch*: Med.-Rat I. Kl. Dr. *Hermann Schröder*, Assistenzärzte Dr. *Karl Weber*, Dr. *Albert Heilmann*, 4 Medizinalpraktikanten. 61 Pfleger. 69 Pflegerinnen. Gegründet 1809. Psychiatr. Außendienst. Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke in Frankenthal und Ludwigshafen a. Rh. Geschlossene Anstalt.

Frankfurt a. M. (Provinz Hessen-Nassau)

1. Nervenklinik der **Stadt** und **Universität** Frankfurt a.M.

4 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 101 m., 125 w., Zugänge im Jahre 1936: 1372 m., 1032 w., Abgänge: 1349 m., 1044 w., darunter Todesfälle: 56 m., 80 w. 250 Plätze für Nerven- und Geisteskranke (darunter 18 für Kinder). 4 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Karl Kleist*, o. Prof. der Psychiatrie und Neurologie der Universität Frankfurt a. M.; Oberärzte: Prof. Dr. *Beck*, Dr. *Leonhard*; Assistenzärzte: Dozent Dr. *Lehmann-Facius*, Dr. *Stadler*, Dr. *Riechert*, Dr. *Pittrich*; Volontärärzte: Dr. *Duus*, Dr. *Domnick*, Frl. Dr. *Gerhardt*, Dr. *Zillig*, Dr. *Schwab*, Dr. *Weber*, Dr. *Scheiderer*. 39 Pfleger, 42 Pflegerinnen. Die Klinik wurde 1930 als Ersatz der im Jahre 1864 erbauten Frankfurter Heilanstalt, die seit der Universitätsgründung (1914) auch als Klinik benutzt wurde, erstellt. Die Klinik hat geschlossene und offene Abteilungen und eine Kinderabteilung. Es ist ihr eine Poliklinik angegliedert; sie steht in Arbeitsgemeinschaft mit der städtischen Fürsorgestelle für Gemüts- und Nervenkranke (Leiter: Prof. Dr. *Hahn*).

Digitized by Google

2. Neurologisches Institut der **Universität Frankfurt,** Gartenstr. 229. (Städt. Krankenhaus).

Stellvertr. Direktor: Prof. Dr. *B. Fischer-Wasels*; Assistent: Dr. *Ernst Scharrer*. Gründungsjahr 1904. Der Aufgabenkreis des Instituts umfaßt in erster Linie die vergleichende Anatomie des Nervensystems (Neurobiologie).

3. Hirnverletztenheim f. spezielle Pflege und Behandlung von Hirnverletzten in **Frankfurt.**

21 a. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 31 m., Zugänge 418 m., Abgänge 405 m., darunter Todesfälle 1. 50 Plätze. 1 Verpflegklasse. Verwaltung: F. Rohner. Ärzte: Dr. med. *Fritz Kalberlah*, Chefarzt. Dr. med. *Kurt Meschede*, Assistenzarzt. 1 Pfleger, 4 Pflegerinnen. Offene Anstalt. Ambulatorium für Hirnverletzte.

Freiburg i. Br. (Baden)

1. Psychiatrische und Nervenklinik der **Universität.**

1,80 ha. Psychiatrische Klinik: Zahl der Kranken am 1. 1. 37: 70 m., 65 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 299 m., 358 w., Abgänge: 281 m., 347 w., davon Todesfälle 18 m., 8 w. Nervenklinik: Zahl der Kranken am 1. 1. 37.: 9 m., 14 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 616 m., 384 w., Abgänge 618 m., 379 w., davon Todesfälle 4 m., 1 w. 150 Plätze in der Psychiatrischen Klinik, 44 Plätze in der Nervenklinik. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Professor Dr. *Kurt Beringer*, Oberärzte: Priv. Doz. Dr. *Hanns Ruffin*, Priv.-Doz. Dr. *Robert Gaupp*; Assistenzärzte: Dr. *Richard Englbrecht*, Dr. *Julius Deußen*, Dr. *Hans Göppert*, Dr. *Klaus Matzen*, *Margit Blersch*. 27 Pfleger, 22 Pflegerinnen. Die psychiatrische Klinik wurde 1887, die Nervenklinik 1909 eröffnet. Ambulanz bei der Klinik. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

2. **Kreispflegeanstalt** und Zweigstelle **Kluzingen,** Kreisaltersheim. Ebst. Emmendingen.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 359 m., 193 w., Zugänge im Jahre 1936: 144 m., 78 w., Abgänge 148 m., 57 w., darunter Todesfälle: 37 m., 16 w. 500 Plätze in Kreispfl. Freiburg, 200 in Kreisaltersheim Kluzingen. 1 Verpflegklasse. Direktor: Wilhelm Späth; Hausarzt Dr. *Elble*, beide in Freiburg i. B. wohnhaft. 1 Pfleger, 39 Schwestern. Halboffene Anstalt.

3. **Privatsanatorium Dr. Muthmann,** Haus für nervöse Krankheiten, leichte innere Erkrankungen, Erschöpfungszustände, Ludwigstr. 36.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937 3 m., 11 w., Zugänge im Jahr 1936 18 m., 56 w. Arzt: Dr. *A. Muthmann*, Facharzt für Nervenkrankheiten. Klinische Behandlungsmethoden und Psychotherapie.

Digitized by Google

Freiburg (Schlesien)

Prov.-Heil- und Pflegeanstalt für Geistesschwache und Epileptiker. Ebst. Freiburg, Schlesien.

213 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 294 m., 356 w., Zugänge im Vorjahr: 139 m., 154 w., Abgänge: 132 m., 155 w., darunter Todesfälle: 17 m., 21 w. 660 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor: Prov. Ob.-Med.-Rat Dr. med. *Flemming*; Prov. Med.-Rat Dr. med. *Hoppe*, stellvertr. Direktor. Oberärzte: Prov. Med.-Rat *Kügler*, Oberärztin Dr. med. *Elisabeth Hecker*; Ass.-Arzt Dr. med. *Richter*. Pflegepersonal 51 m., 52 w. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Psychiatrischer Außendienst. Familienpflege mit 24 m., 26 w. Erbbiologische Bestandsaufnahme der umliegenden Kreise. Die Kinderabteilung der Anstalt verfügt über 100 Plätze (oben eingerechnet); an der Schule für bildungsfähige Schwachsinnige wirken 3 Lehrkräfte.

Freienwalde — Bad, Oder (Prov. Brandenburg)

Sanatorium für Nervenkranke in Bad Freienwalde (Oder). Ebst. Bad Freienwalde, Oder.

45 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: — m., 3 w., im Vorjahr Zahl der Zugänge: 33 m., 55 w., der Abgänge: 33 m., 52 w., darunter Todesfälle 1 m., — w. 18 Plätze. 1 Verpflegklasse. Arzt: Dr. *Eduard Zenker*, Nervenarzt. 1 Schwester. Gegründet 1912. Offene Privatanstalt.

Freudenstadt (Württemberg)

1. **Haus Hohenfreudenstadt** für innere Kranke und Nervöse. Ebst. Freudenstadt (Schwarzwald).

137 a, Zahl der Kranken am 1. 1. 37: 3 m., 11 w., Zugänge im Vorjahr 78 m., 143 w., Abgänge 81 m., 161 w., darunter Todesfälle 1 m. 35 Anstaltsplätze. 1 Verpflegklasse. Besitzer und Leiter: Dr. med. *Joachim Bauer*. Pflegepersonal 3. Nur offenes Haus.

2. **Sanatorium Dr. Ege** für körperlich und nervöse Erschöpfungen, Bronchialasthma, Herz- und Stoffwechselkrankheiten in Feudenstadt, Hartranftstr. 11.

Zugänge und Abgänge im Jahr 1936 8 m., 9 w. Kranke. 8 Plätze. Arzt Dr. *Ege*. Schwester Eva Goehry. Medizinische Bäder, Massage, elektrophysikalische Therapie (Ultrakurzwellen, Höhensonne, Sollux, Faradisation usw.).

Friedrichsfeld (Prinzenmoor) bei **Hamdorf** (Prov. Schleswig-Holstein)

Privatanstalt für weibl. Nerven- u. Gemütskranke. Ebst.: Rendsburg (Schlesw.-Holst.)

Digitized by Google

4½ ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 15 w., Zugänge im Jahre 1936: —, Abgänge: —. 17 Plätze. 3 Verpflegklassen. Besitzerin und Leiterin: Fräulein C. Clausen. Arzt: Dr. *Marsch*. 3 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt.

Friedrichsroda (Thür.)

San.-Rat Dr. **Bielings** Sanatorium **Tannenhof** für innere u. Nervenleiden. Ebst. Friedrichsroda-Reinhardsbrunn.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 3 m., 4 w., Zugänge im Jahre 1936: 133 m., 145 w. Abgänge: 116 m., 140 w., darunter Todesfälle 2 m., 2 w. Anstaltsplätze 50. 1 Verpflegklasse. Leitender Arzt: San.-Rat Dr. med. *Kurt Bieling*; Ass.-Arzt: Dr. *Erich Brackmann*. Zahl des Pflegepersonals: 1 m, 2 w. Offene Anstalt.

Fürstenberg i. Meckl.

Sanatorium Schloß Fürstenberg für Nervenleidende, innere Kranke, Erholungsbedürftige. Ebst. Fürstenberg der Strecke Berlin-Neustrelitz.

Zahl der Patienten am 1. 1. 1937: 18. 47 Plätze. Arzt: Nervenarzt Dr. Freiherr von *Gebsattel*. 2 Schwestern, 1 Bademeisterin, 1 Gymnastikerin. Offene Anstalt.

Fulda (Provinz Hessen-Nassau)

St. Antoniusheim. Unterrichts-, Erziehungs- u. Pflegeanstalt für Schwachsinnige u. geistig Zurückgebliebene.

17 ha. Bestand am 1. 1. 1937: 109 m., 105 w., Zugänge 1936: 15 m., 8 w., Abgänge 7 m., 10 w., darunter Todesfälle 2 m., 4 w. 235 Plätze. Arzt: Dr. *Franz Stegmaier*. 26 Schwestern, 1 Lehrerin, 1 Kindergärtnerin, 2 Pfleger. Eröffnet 1904. Geschlossene Anstalt.

Fußbach b. Schönberg (Baden)

Kreispflegeanstalt Fußbach. Ebst. Schönberg (Amt Offenburg).

10 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 206 m., 190 w., Zugänge im Vorjahre: 36 m., 37 w., Abgänge: 55 m., 30 w., darunter Todesfälle: 17 m., 17 w. 412 Plätze. 1 Verpflegklasse. Anstaltsarzt: Dr. *Paul Wössner*, Zell a. H. 23 Schwestern, 2 Wärter. 1873 mit 15 Pfleglingen eröffnet.

Gabersee bei Wasserberg a. I. (Bayern)

Oberbayrische Heil- u. Pflegeanstalt. Ebst. Wasserburg am Inn-Bahnhof.

285 ha. Kranke am 1. 1. 1937: 451 m., 456 w., Zugänge im Vorjahr 256 m., 179 w., Abgänge: 159 m., 169 w., darunter Todesfälle: 36 m., 23 w.

Digitized by Google

967 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor: O. M. R. Dr. *Friedrich Utz*, Stellvertr.: Med.-Rat I. Cl. Dr. *Heinrich Lössl*, Med.-Rat Dr. *Karl Streichele*, Anst.-Oberarzt Dr. *Otto Hubbauer*, Vertragsarzt Dr. *Karl Uebler*. 51 Pflegerinnen, 19 Ordensschwestern, 78 Pfleger. Gegründet 1883 nach Altscherbitzer Muster als koloniale Anstalt mit besonderer Betonung der landwirtschaftlichen Beschäftigung der Kranken. Psychiatrischer Außendienst. Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke. Geschlossene Anstalt.

Galkhausen in Langenfeld (Rheinland)

Rheinische **Provinzial**anstalt. Ebst. Langenfeld (Rheinland).

126 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: in der Anstalt 593 m., 555 w., in Heimpflege 69 m., 257 w. Im Jahre 1936 Zugänge: 383 m., 520 w., Abgänge: 346 m., 506 w. Zahl der Plätze: 1236. Eine Verpflegklasse. Ärzte: Direktor Dr. *Georg Beyerhaus*, Oberärzte: Dr. *Oskar Hermann*, Dr. *Armin Tilliss*, Anstaltsärzte: Dr. *Fritz Termehr*, Dr. *August Schrödter*, Assistenzarzt: Dr. *Gertrud Schumacher*, Volontärärzte: Dr. *Maria Hoffmann*, Dr. *Hilde Böhm*, Dr. *Hans Abels*. 80 Pfleger, 78 Pflegerinnen. Gegründet 1900 als koloniale Anstalt mit Pavillon- und Offentürsystem. Psychiatrischer Außendienst.

Gangelt (Kreis Geilenkirchen, Rheinprov.)

Heil- und Pflegeanstalt **Maria-Hilf** für weibl. Geisteskranke. Ebst. Gangelt.

Am 1. 1. 1937: 400 Kranke, Zugänge 1936: 37, Abgänge: 37, darunter Todesfälle 22. 400 Plätze. 2 Verpflegklassen. Arzt: Dr. *Erich Blum*. 44 Schwestern. Eröffnet 1869.

Gaschwitz-Leipzig

Sanatorium **Hartheck**, Privat-Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke. Ebst. Gaschwitz b. Leipzig.

50000 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 36: 6 m. und 21 w., Zugänge im Jahr 1936 23 m. und 43 w., Abgänge 22 m. und 48 w., darunter Todesfälle 1 m. und 3 w. 38 Anstaltsplätze. 1 Verpflegklasse. Besitzer und Leiter: Dr. med. *Wilhelm Sernau*. Pflegepersonal: 1 m. und 14 w. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Gegründet 1899.

Geisingen (Baden)

Kreispflegeanstalt Geisingen. Ebst. Geisingen.

2 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936 193 m., 141 w., Zugänge im Jahre 1936: 140 m., 34 w., Abgänge: 134 m., 30 w., darunter Todesfälle 15 m., 14 w. 352 Plätze. 1 Verpflegklasse. Verwalter: Weick. Arzt: Dr. *Steiger*. Pflegepersonal: 1 m., 8 w. Offene Anstalt mit geschlossener Abteilung.

Digitized by Google

Gernrode a. H.

Sanatorium Dr. **Kaltenbach** für Nervenkranke. Ebst. Bad Suderode, Harz.

10 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 23 m., 12 w., Zugänge im Vorjahr: 315 m., 259 w., Abgänge: 300 m., 260 w. 90 Plätze. 2 Verpflegklassen. Leiter: Dr. med. *Kaltenbach*; 1 Assistenzarzt. Pflegepersonal 5. Offene Anstalt. Es werden auch Kranke mit Diabetes, Magenleiden, Arteriosklerose aufgenommen.

Gerswalde (Uckermark)

Heil- und Erziehungsinstitut für seelenpflegebedürftige Kinder u. Jugendliche. Ebst. Haßleben, Uckermark.

35 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 19 m., 10 w., Zugänge im Vorjahr: 6 m., 3 w., Abgänge: 9 m., 7 w. 48 Plätze. Heimleiter: Franz Löffler. Arzt: Dr. med. *G. Kaiser*. 10 Pflegepersonal. Offene Anstalt.

Gescher (Westfalen)

St. Vinzenzhaus, Pflegeanstalt u. Bildungsheim mit Hilfsschule u. Werkstätten. Ebst. Gescher, Westf.

40 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 198 m., 119 w., Zugänge im Jahre 1936: 78 m., 10 w., Abgänge: 29 m., 15 w., darunter Todesfälle: 3 m., 3 w. 380 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor: Heinrich Kruse. Psychiater: Med.-Rat Dr. *Schmidt*; Arzt: Dr. med. *Alfers*. 28 Pfleger, 27 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt.

Gießen (Hessen)

1. Psychiatrische und Nervenklinik der **Universität.**

10000 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 43 m., 59 w. Im Vorjahr Zahl der Zugänge: 781 m., 535 w., Zahl der Abgänge 783 m., 530 w. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Prof. Dr. *Boening*, Oberarzt Dozent Dr. *Josef Jacobi*, Assistenzärzte: *Dr. Walter Müller*, Dr. *Josef Sehr*, Dr. *Rudolf Kohl*, Dr. *Elisabeth Pinkeser*, Dr. *Marga Weigel*, 2 Volontärärzte, 2 Medizinalpraktikanten. 2 Oberpfleger, 2 Oberpflegerinnen, 25 Pfleger, 26 Pflegerinnen. Eröffnet: 1896. Psychiatrischer Außendienst durch die Hilfsvereine Hessens. Poliklinik. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

2. **Provinzial-**Pflegeanstalt Oberhessen in Gießen.

18 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 125 m., 132 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge: 11 m., 26 w., der Abgänge: 31 m., 43 w., darunter Todesfälle: 18 m., 23 w. 260 Plätze. 3 Verpflegklassen. Verwalter: Heinrich Klöß. Ordinierender Arzt: Dr. med. *Fritz Schäffer*. 5 Schwestern, 14 Pflegerinnen, 2 Wärter. Gegründet 1903. Offene Anstalt.

3. Hessische **Landes-**Heil- und Pflegeanstalt Gießen, Licherstr. 106.

Digitized by Google

94 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 260 m., 232 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge: 100 m., 83 w., der Abgänge: 99 m., 74 w., darunter Todesfälle: 20 m., 13 w. 538 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Obermed.-Rat Dr. *Hermann Schneider*; Oberärzte: Med.-Rat Dr. *Karl Kinsberger* und Med.-Rat Dr. *Clemens Frank*; Assistenzärzte: Dr. *Theo Klein*, Dr. *Georg Repp*. 126 Pflegepersonal (einschl. Oberpersonal). Psychiatrische Außenfürsorge, Familienpflege, Beratungsstelle für psychische und Nervenkranke. Eröffnung der Anstalt 1911. Die Anstalt enthält ein festes Haus zur Verpflegung schwer zu verwahrender, vorwiegend krimineller Geisteskranker mit antisozialen Tendenzen.

Gifhorn (Prov. Hannover)

Stift Isenwald. Heilstätte für alkoholkranke Männer. Ebst. Gifhorn.

10 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 20 m., im Vorjahr Zahl der Zugänge 42 m., der Abgänge 42 m. 35 Plätze. 1 Verpflegklasse mit Zimmern 1. bis 3. Klasse. Anstaltsvorsteher Pastor M. Müller in Kästorf-Anstalten über Gifhorn. Anstaltsarzt Dr. *Kurt Gerbracht*. Pflege wird von den Hauseltern besorgt. Gegründet 1901 als Anstalt der Inneren Mission durch den Verein für Trinkerrettung in Hannover, Schiffgraben 6. Offene Anstalt. Beschäftigung ist Garten-, Wald- u. Feldarbeit.

Glatz-Scheibe (Provinz Schlesien)

Anstalt für Geisteskranke, Abteilung des **Barmherzigen Krankenstifts.** Ebst. Glatz.

Bestand: 1. 1. 1936: 90 m., 124 w., Zugänge im Jahre 1936: 28 m., 37 w. Abgänge 1936: 26 m., 29 w., darunter Todesfälle: 8 m., 3 w. 234 Plätze. 3 Verpflegklassen. Chefarzt Dr. *Waldemar Kolbe*, Ärztin: *Klara Schnurr*. 12 Pfleger, 30 Schwestern. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung; gegründet 1850.

Gleisweiler-Bad b. Landau (Saarpfalz)

Sanatorium für Nerven-, innere und Stoffwechselkranke. Postamt Bad Gleisweiler über Landau (Pfalz).

60 Morgen großer, alter Park mit subtropischer immergrüner Vegetation. 60 Plätze. 3 Pflegepersonen. Leitender Arzt Sanitätsrat Dr. *Hoenes* und zweiter Arzt. Offene Anstalt. 1844 als Kaltwasserheilanstalt gegründet.

Gleiwitz (Reg. Bez. Oppeln, Oberschlesien)

Johannesheim, Heilstätte für Alkoholkranke. Ebst. Gleiwitz.

21 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 9 m., Zugänge im Vorjahr: 30 m., Abgänge: 20 m. 26 Plätze. 3 Verpflegklassen. Heimleiter Datz; Arzt Dr. *Torka*. 3 m., 1 w. Pflegepersonal. Offene Anstalt. (Der Heilstätte

Digitized by Google

ist eine Abteilung für Altersschwache und aus Heil- und Pflegeanstalten entlassene Geisteskranke sowie unheilbare Alkoholiker angegliedert. Zahl der Pfleglinge 21. 25 Plätze.)

Goddelau (Provinz Starkenburg, Hessen)

Hessische **Landes-Heil- und Pflegeanstalt „Philippshospital"** für Geisteskranke, Schwachsinnige, Epileptiker und Trunksüchtige. Ebst. Goddelau-Erfelden (Frankfurt-Mannheim).

80 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 551 m., 435 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 177 m., 154 w., der Abgänge 149 m., 148 w., darunter Todesfälle 20 m., 20 w. 1100 Plätze, 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Oberarzt Dr. *Scriba*; Oberärzte: Med.-Rat Dr. *Ludwig Schönmehl*, Med.-Rat Dr. *Peter Thinnes*; Anstaltsärzte: Med.-Rat Dr. *Heinz Dietz*; Assistenzärzte: Dr. *Otto Finger*, Dr. *Gerkhardt*, Dr. *J. Dienst*, Dr. *Wilhelm Weber*. 130 Pfleger, 93 Schwestern. Gegründet 1533 von Landgraf Philipp dem Großmütigen, zuerst als Siechenhaus, dann Anstalt für Geisteskranke, im 18. und 19. Jahrhundert erweitert, von 1884 bis 1902 völlig neu gebaut. Familienpflege. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Göppingen (Württemberg)

Privat-Heilanstalt **Christophsbad** für Nerven- u. Gemütskranke. Ebst. Göppingen.

100 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 250 m., 262 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 59 m., 125 w., der Abgänge 67 m., 118 w., darunter Todesfälle 10 m., 12 w. 525 Plätze. 3 Verpflegklassen. Leitender Arzt: Dr. *F. Glatzel*, Oberarzt: Dr. *K. John*, Ass.-Ärzte: Dr. *E. Schrittenlocher*, Dr. *H. Eisele*, Dr. *H. J. Weitbrecht*. 1 Pflegeperson für ca. 6 Patienten. 1852 gegründet von Med.-Rat Dr. *H. Landerer*.

Görden (Provinz Brandenburg)

Brandenburgische **Landesanstalt**. Ebst. Görden (Städtebahn) und Brandenburg a. Havel (Reichsbahnhof).

176 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 37: 934 m., 1160 w., im Vorjahr Zugänge: 202 m., 173 w., Abgänge: 183 m., 240 w., darunter Todesfälle: 54 m., 82 w. 2220 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Ehlers*; Erste Oberärzte: Dr. *Michalke* (stellv. Dir.), Dr. *Birnbaum*; Oberärzte: Dr. *Honekamp*, Dr. *Kapeller*, Dr. *Brockhausen*, Dr. *Krolow*; Ass.-Ärzte: Dr. *Kleine*, Dr. *Losch*, Frl. *Peters*. 4 Oberpfleger, 198 Pfleger, 4 Oberpflegerinnen, 222 Pflegerinnen. Gegründet 1914. Geschlossene Anstalt.

Görlitz (Niederschlesien)

Sanatorium Dr. **Kahlbaum**, offenes Kurhaus für Nervenkranke u. Erholungsbedürftige mit angegliederten Abteilungen für seelisch Kranke.

Digitized by Google

Mehrere Gebäude mit 7 unter sich getrennten Abteilungen für männliche und weibliche Kranke. 115 Plätze, größtenteils Einbettzimmer. 2 Verpflegklassen. Areal 40000 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 36: 31 m., 32 w., Zugänge im Jahr 1936: 216, Abgänge 213. Ärzte:-San. Rat Dr. *Siegfried Kahlbaum*, Direktor; Dr. *Helmut Krauß*, Dr. *Albert Seitzer*. Pfleger und Pflegerinnen: 38. Gesellschafterinnen, Lehrer und Lehrerinnen: 8. 1855 von San.Rat Dr. *Reimer* gegründet, 1867 von San.-Rat Dr. *Karl Ludwig Kahlbaum* und nach dessen Tode 1899 von San.-Rat Dr. *Siegfried Kahlbaum* übernommen.

Göttingen (Hannover)

1. **Landes-Heil- u. Pflegeanstalt u. Landes-Verwahrungshaus für unsoziale Geisteskranke.**

76 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 438 m., 250 w., im Vorjahr Zahl der Zugänge: 262 m., 216 w., der Abgänge: 258 m., 205 w., darunter Todesfälle: 35 m., 33 w. 706 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor Landesobermedizinalrat Prof. Dr. *Gottfried Ewald*; 1. Oberarzt: Landes-Med.-Rat Dr. *Diedrich Harries*, Direktor des Verwahrungshauses; Oberärzte: Dr. *Rembert Richard*, Dr. *Karl Wentzlau*, Dr. *Walter Busse*; Hilfsarzt Dr. *Lowitzsch*. 81 Pfleger, 38 Pflegerinnen. Gegründet 1866. Die Anstalt diente von Anfang an gleichzeitig dem psychiatrischen Unterricht. Psychiatrischer Außendienst. Familienpflege. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

2. **Universitätsklinik u. Poliklinik für psychische u. Nervenkrankheiten.**

13 a. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 9 (9) m., 18 (9) w., Zugänge im Jahre 1936: 1023 (238) m., 444 (121) w., Abgänge: 1019 (234) m., 450 (123) w., darunter Todesfälle: 11 (—) m., 8 (—) w. Plätze: 58 (38). Die eingeklammerten Zahlen beziehen sich auf die der Nervenklinik angegliederten Encephalitis-Abteilungen. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Prof. Dr. *Gottfried Ewald*, Oberarzt: Priv.-Dozent Dr. *Gustav Störring* Ass.-Ärzte; planmäßige: Dr. *Ferdinand Schoen*, Dr. *Fritz Reder*, außerplanmäßige: Dr. *Friedrich Duenping*, Dr. *Erich Trostdorf*, Vol.-Ärzte: Dr. *Hans Beisert*, Dr. *Lissi Meyer*, Dr. *Vera Christiani*. 4 (1) Pfleger, 5 (3) Pflegerinnen. Offene Anstalt. Schwere psychische Fälle werden der Landesheil- und Pflegeanstalt überwiesen. Beratungsstelle für psychisch Nervenkranke, Trunksüchtige und abnorme Kinder.

Greiffenberg (Prov. Schlesien)

Sanatorium **Birkenhof** für Nerven-, innere und Stoffwechselkrankheiten. Ebst. Greiffenberg.

Das Sanatorium ist seit 1925 Eigentum der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, das ganze Jahr voll belegt; 145—160 Patienten, durchschnittlich $^2/_3$ Damen, $^1/_3$ Herren. Privatpatienten werden nicht aufgenommen. Chefarzt: Dr. *Heine*, Oberarzt: Dr. *Lau*, Ass.-Arzt: Dr. *Rohrwasser*, Volontärarzt: Dr. *Severin*.

Digitized by Google

Greifswald (Prov. Pommern)

Psychiatrische und Nervenklinik der Universität.

Zahl der Kranken am 1. 1. 37.: 48 m., 41 w., Zugänge im Vorjahr: 728 m., 374 w., Abgänge: 716 m., 377 w., darunter Todesfälle: 30 m., 19 w. Höchstbelegungszahl: 135. Ärzte: Direktor Prof. Dr. *Jacobi*; Oberarzt: Priv.-Doz. Dr. *Ernst Störring*; Ass.-Ärzte: *Kurt Koblin*, Dr. *Günther Oberdalhoff*, Dr. *Liesbet Riemann*. 26 Pfleger, 23 Pflegerinnen, darunter 3 Schwestern.

Gremsdorf bei Höchstadt a. Aisch (Ober- und Mittelfranken)

Pflegeanstalt d. Barmherzigen Brüder. Ebst. Gremsdorf (Of.).

77 Tgw. Zahl der Kranken am 1. 1. 36: 421 m., Zugänge im Jahre 1936: 33 m., Abgänge 38 m., darunter Todesfälle 30 m. Anstaltsplätze 425. 2 Verpflegklassen. Leiter: Gumbert Spiedeck, Anstaltsarzt: Dr. *Ferd. Späth*, Bezirksarzt in Höchstadt a. Aisch. Pflegepersonal: 35 m., 5 w. Geschlossene Anstalt. Beratungsstelle für Schwachsinnige, Epileptiker, Krüppelhafte, Gelähmte (376) und abnorme Kinder (40).

Großhennersdorf (Sachsen)

Katharinenhof, Anstalt für bildungsunfähige schwachsinnige Kinder. (Steht seit 1. 7. 1934 in der Verwaltung des Landesvereins für innere Mission in Dresden, bleibt aber Eigentum des Staates Sachsen.) Ebst. Herrnhut.

58 ha. Am 1. 1. 1937: 123 Kn., 92 Md., Zugänge im Vorjahr: 19 Kn., 14 Md., Abgänge: 24 Kn., 11 Md. 1 Verpflegklasse. 225 Plätze. Direktor: Ob.-Reg.-Med.-Rat i. R. Dr. *Ewald Meltzer*. 14 Diakonissen, 39 Wärterinnen und Hausmädchen. 1721 als Waisenhaus gegründet von Sophie v. Gersdorf; nach deren Mutter „Katharinenhof" genannt, später Herrnhuter Erziehungsanstalt, 1838 in Staatsbesitz übergegangen, erst Landeswaisenhaus, dann Korrektionsanstalt für Jugendliche, dann Erziehungsanstalt für schwachsinnige Knaben. 1909—11 umgebaut zur Pflegeanstalt für bildungsunfähige und wenig bildungsfähige schwachsinnige Kinder. Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke.

Großschweidnitz bei Löbau (Sachsen)

Staatliche Heil- u. Pflegeanstalt. Ebst. Großschweidnitz.

198 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 386 m., 496 w., Zugänge im Vorjahr: 181 m., 175 w., Abgänge: 177 m., 150 w., darunter Todesfälle: 34 m., 32 w. 875 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Ober-Med.-Rat Dr. *Berlit*, stellvertr. Direktor: Oberreg.-Med.-Rat Dr. *Gerhard Müller*, Reg.-Med.-Räte: Dr. *Günther Langer*, Dr. *Karl Timann*. Hilfsärzte: Dr. *Fritz Frenzel*, Dr. *Hans Kamp*. 67 Pfleger und Wärter, 116 Schwestern, Hilfspflegerinnen und Wärterinnen. Gründungsjahr 1902. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Psychiatrischer Außendienst. Familienpflege.

Digitized by Google

Grumbach bei **Stuttgart** (Württemberg)

Privat-Pflegeanstalt für weibl. Geisteskranke. Postamt Grumbach bei Stuttgart.

Eröffnet 1884. 1937: 10 Plätze. Arzt: Dr. *Stenz* in Endersbach.

Guben (Reg. Bez. Frankfurt a. O.)

Naemi Wilke-Stift der ev.-luth. Diakonissenanstalt, Abt. Pfleglingsheim für Idioten und Schwachsinnige. Ebst. Guben.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 73 w., Zugänge im Vorjahr: 1 w., Abgänge: 3 w., darunter Todesfälle: 1 w. 80 Plätze. 1 Verpflegklasse. Chefarzt: Sanitätsrat Dr. *Ayrer*, Oberarzt Dr. *Matties*. 6 Diakonissen. 2 geschlossene Abteilungen.

Günzburg a. D. (Bayern)

Kreis-Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Günzburg a. D.

154 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 37: 291 m., 225 w., Zugänge im Vorjahre: 94 m., 79 w., Abgänge: 93 m., 74 w., darunter Todesfälle: 10 m., 12 w. Normalbelegung 560 Plätze. 3 Verpflegungsklassen. Ärzte: Direktor Ober.-Med.-Rat Dr. *Roderich Mayr* (im Sept. 1937 †), Med.-Rat I. Kl. Dr. *Albert Sighart*, Assistenzärzte: Dr. *Wilhelm Leinisch*, *Heinrich Adam*, 1 Stelle unbesetzt. Pfleger 53, Pflegerinnen 44. Gründungsjahr 1915. Geschlossene Anstalt. Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke, psychiatrischer Außendienst, Familienpflege.

Gütersloh (Westfalen)

Provinzial-Heilanstalt für Geisteskranke. Ebst. Gütersloh.

177 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 779 m., 766 w., Zugänge im Vorjahre: 239 m., 255 w., Abgänge: 175 m., 208 w., Todesfälle 59 m., 54 w. 1550 Plätze. Äußerste Belegungsmöglichkeit: 1625 Plätze. Einheitsunterbringung und -verpflegung. Ärzte: Direktor Prov.-Ober-Med.-Rat Dr. *Werner Hartwich*; stellvertretender Direktor: Prov.-Med.-Rat Dr. *Hans Clemens*; Oberärzte: Dr. *Arno Klopfer*, Dr. *Herbert Ehrenstein*, *Lothar Drobnitzky*. Pflegepersonal: 172. Eröffnet1920. Ausgedehnte Beschäftigungsmöglichkeiten für alle Kranken, nach dem System des früheren Direktors Obersanitätsrats Dr. *Simon*. Planmäßige Heilerziehung und klinische Behandlung. Geschlossene Anstalt.

Gundelsheim am Neckar (Württemberg)

Sanatorium Schloß Horneck für innere und Nervenkrankheiten. Ebst. Gundelsheim a. N.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 12 m., 7 w., Zugänge im Jahr 1936: 523 m., 327 w., Abgänge 528 m., 331 w., darunter Todesfälle 3 m., 1 w.

Digitized by Google

Ärzte: Geh. Hofrat Dr. *L. Roemheld*, leitender Arzt; Dr. phil. et med. *Michael Bauch*, Dr. med. *Carl Lageder*, Dr. med. *Hans Bogenhard*, Medizinalpraktikantin *Helmi Loy*, Medizinalpraktikant *Ernst Steger*. 120 Anstaltsplätze. Pflegepersonal: 11. Diätisch, physikalische therapeutische Maßnahmen und Psychotherapie mit speziellem Psychotherapeuten.

Haar siehe Eglfing-Haar.

Habelschwerdt (Reg. Bez. Breslau)

Altersheim **St. Georg** in **Altweistritz**, zum Krankenhaus Maria-Hilf in Habelschwerdt gehörig. Ebst. Habelschwerdt.

Habelschwerdt dient vorwiegend der Unterbringung pflegebedürftiger alter Leute und gutartiger Geisteskranker. 60 Plätze. Arzt: Dr. med. *E. Kalpen*, Facharzt für innere Krankheiten in Habelschwerdt.

Hadamar (Kreis Limburg, Reg.-Bez. Wiesbaden)

1. **Landes**-Heil-Anstalt für Geisteskranke. Ebst. Hadamar.

68 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 141 m., 224 w., Zugänge im Vorjahr: 111 m., 271 w., Abgänge: 86 m., 216 w., darunter Todesfälle: 7 m., 24 w. 365 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor: Dr. *Otto Henkel*, Oberarzt: Dr. *Peter Masorsky*, Oberärztin: Frl. *Frieda Conrad*. 14 Pfleger, 23 Schwestern. Die Anstalt wurde 1883 zur Unterbringung von Korrigenden eröffnet; ab 1906 Landespflegeanstalt; ab 1920 Landes-Heil- und Erziehungsanstalt. In Familienpflege ungefähr 50 Kranke. Beratungsstelle für minderbemittelte Nerven- und Gemütskranke. Geschlossene Anstalt mit 2 offenen Abteilungen.

2. **St. Josefs-Anstalt** für männliche Schwachsinnige, Epileptiker u. Geisteskranke in Hadamar. Ebst. Hadamar.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 50 m., Zugänge im Vorjahr: 37 m., Abgänge: 210 m., darunter Todesfälle: 9. 280 Plätze. 1 Verpflegklasse. Hausarzt: Dr. *Arthen*. 17 Brüder Pflegepersonal. 4 geschlossene und 2 offene Abteilungen.

Haina (Kloster), Reg. Bez. Kassel (Prov. Hessen-Nassau)

Provinzial-Heil- u. Pflegeanstalt für geisteskranke Männer. Ebst. Gemünden a. Wohra.

Anstalt 16 ha, Gut 364 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 835, Zugänge im Jahre 1936: 103, Abgänge: 125, darunter Todesfälle: 32. Z. Zt. 850 Plätze. 2 Verpflegungsklassen. Ärzte: Direktor und Landesobermedizinalrat Dr. *Zeiß*, 1. Oberarzt: Landesmedizinalrat Dr. *Gerhard Kloos*, Oberärzte: Dr. *Theodor Heller*, Dr. *Deussen*, Assistenzarzt: Dr. *Walter Riesen*, 1 Medizinalpraktikant. 3 Oberpfleger, 74 Pfleger, 14 Hilfspfleger, 15 Lern-

Digitized by Google

pfleger. Gegründet als Zisterzienser Kloster 1221. Von Philipp dem Großmütigen, Landgraf von Hessen, 1527 in ein Hospital umgewandelt, 1530 mit Kranken belegt. Von Anfang an Geisteskranke aufgenommen. Ärzte und Chirurgen kamen zunächst von auswärts. Seit 1703 Chirurg in Haina, seit 1821 Arzt, seit 1891 ärztlicher Direktor. Geschlossene Anstalt. Familienpflege. Beratungsstellen für psychisch und Nervenkranke.

Hall (schwäbisch) (Württemberg)

Ev. Diakonissenanstalt Schwäbisch Hall, Gottlob-Weißer-Haus-Pflegeheimat und Heilstätte für Geistesschwache, Gemütskranke und Nervenleidende. Ebst. Hall (schwäb.).

Zahl der Kranken: Kinderabteilung: 1. 1. 1937: 34 Knaben bis zum 14. Lebensjahr, 13 Mädchen, Zugänge im Vorjahr: 12 m., 2 w., Abgänge: 7 m., 2 w., darunter 3 Todesfälle. Erwachsenen Abteilung, nur für weibliche: 1. 1. 1937: 468, Zugänge im Vorjahr: 83, Abgänge: 87, darunter 76 Todesfälle. — 520 Plätze. Allgemeine Abteilung und Privatabteilung mit Einzelzimmer 1. 2. und 3. Klasse. Pfarrer Wilhelm Breuning, Leiter der Anstalt. Dr. *E. v. Rutkowski*, leitender Arzt, 1 Assist.-Arzt. 41 Diakonissen, 18 Pflegerinnen, 5 Nachtwachen, 15 sonstige Hilfen. Gründungsjahr 1900. Ab 1. Oktober 1937 Erweiterung der Privatabteilung um 30 Betten.

Halle a.d. Saale (Prov. Sachsen)

Psychiatrische und Nervenklinik der **Universität.**

16 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 61 m., 61 w., Zugänge im Jahre 1936: 954 m., 700 w., Abgänge: 957 m., 687 w., darunter Todesfälle: 47 m., 43 w. 150 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor o. Prof. Dr. *Paul Hilpert*; Oberarzt und stellv. Direktor: a.-o. Prof. Dr. *Karl Pönitz*; Assistenten: Dozent Dr. *Gärtner*, Dr. *Böhm*, Frl. Dr. *Gielen*, Dr. *Cichon*, Dr. *Brannolte*. 31 Pfleger, 28 Pflegerinnen, davon 3 Schwestern. Gründungsjahr 1891. Als Klinik für Geistes- und Nervenkrankheiten im Pavillonsystem von Hitzig erbaut und geleitet. Weitere frühere Direktoren: Ziehen, Wernicke, Anton, Hauptmann. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Poliklinik für Geistes- und Nervenkranke im Hause.

Hamb (Post Kapellen, Reg. Bez. Düsseldorf)

Bildungs- u. Pflegeanstalt **St. Bernardin** für weibliche Geistesschwache. Ebst. Geldern, Niederrhein.

16 Hektar. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 302 w., Zugänge im Vorjahr: 19 w., Abgänge: 14 w., darunter 3 w. Todesfälle. 310 Plätze. 2 Verpflegklassen. Arzt: Med.-Rat Dr. *Reckmann*. Vorsteherin: Oberin Michaelis Hüsemann. 35 Pflegepersonal. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Hamburg

1. Psychiatrische- und Nervenklinik der Hansischen **Universität,** Hamburg 22, Eilbecktal.

Digitized by Google

300 Plätze. Die Klinik liegt im Gelände der Staatskrankenanstalt Friedrichsberg. Sie wurde am 1. 4. 1936 von der Anstalt Friedrichsberg abgetrennt, hat eigene Verwaltung und untersteht der Kultur- und Schulbehörde Hamburg, Hochschulwesen. Ärzte: Direktor: m. d. W. d. G. b.: Prof. Dr. *Hans Bürger-Prinz*, leitender Oberarzt: Dr. *Riebeling*, serologische Abteilung, Oberärzte i. V.: Dr. *Glüh*, Frauenabteilung, Dr. *Dörries*, Männerabteilung und Poliklinik. 76 Pfleger, 72 Schwestern. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung für Psychisch-Nervenkranke. Poliklinik.

2. **Universitäts**-Nervenklinik Hamburg 20. Krankenhaus Eppendorf.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 44 m., 57 w., Zugänge im Jahre 1936: 1323 m., 937 w., Abgänge: 1315 m., w. 949, darunter Todesfälle: 129 m., 93 w. 160 Plätze. 3 Verpflegklassen. Direktor Prof. Dr. *Pette*, Sek.-Arzt Dr. *Bodechtel*, Ass.-Ärzte: Dr. *Bingel*, Dr. *Voß*, Dr. *Paß*, Dr. *Janzen*, außerdem 5 Med. Praktikanten und 6 hospitierende Ärzte. 15 Pfleger, 30 Pflegerinnen. Offene Anstalt. Beratungsstelle für Nervenkranke und abnorme Kinder.

3. **Staatskrankenanstalt Hamburg-Friedrichsberg,** Eilbecktal.

115 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 1240 m., 1109 w., Zugänge im Vorjahre: 453 m., 552 w., Abgänge: 436 m., 426 w., darunter Todesfälle 71 m., 68 w. 2528 Plätze. Eine Verpflegklasse. Direktion: Verwaltungsdirektor Dr. *Hanko*. Ärzte: ltd. Oberarzt Prof. Dr. *Körtke* und Prof. Dr. *Rittershaus*, Abteilungsärzte: 6 (*Dres*, *Quickert*, *Schlippe*, *Lau*, *Saupe*, *Helms*), Ass.-Ärzte: 5 (*Dres*, *Knigge*, *Kerl*, *Lange*, *Künnemann*). 530 Pflegepersonal. Eröffnet 1892 als landwirtschaftliche Kolonie. Seit 1898 selbständige Anstalt für alle Arten von Geisteskranken: 2 Bewahrungs- (gesicherte) Häuser für gemeingefährliche Kranke mit zusammen 179 Plätzen. Geschlossene Anstalt.

4. **Alsterdorfer Anstalten.** Erziehungs- und Pflegeanstalten für Geistesschwache, Epileptische u. a. Geistesgebrechliche, Anstalten der Inneren Mission in **Hamburg,** Alsterdorferstr. 440.

14 ha, dazu 243 ha Gut Stegen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 819 m., 661 w., Zugänge im Vorjahr: 207 m., 182 w., Abgänge: 125 m., 143 w., darunter Todesfälle: 34 m., 30 w. Zahl der Plätze: 1600. 3 Verpflegklassen. Dir.: Pastor Friedrich Lensch; leitender Oberarzt: Dr. *Gerhard Kreyenberg*, Anstaltsärztin: Frau Dr. *Beckmann*, außerdem 1 Assistenzarzt, 1 Medizinalpraktikant und 1 Zahnarzt. Pfleger: 59 m., 101 w. 1863 von Pastor D. Dr. *Sengelmann* gegründet. Offene Anstalt mit geschlossenen Abteilungen.

5. **Eichenhain,** Privatklinik für Nerven- und Gemütskranke v. Dr. Arnold Lienau in **Hamburg,** Eichenstr. 34. Ebst. Hamburg-Eimsbüttel.

Digitized by Google

1 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 5 m., 17 w., Zahl der Zugänge im Jahr 1936: 34 m., 61 w., der Abgänge: 36 m., 59 w. 28 Plätze. 1 Verpflegklasse. Arzt: Dr. *Arnold Lienau.* 15 Pflegepersonen. Gründungsjahr 1901. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

6. **Trinkerheilstätte Hamburg-Farmsen** der Staatlichen Wohlfahrtsanstalten **Hamburg** in Hamburg-Farmsen, August Krogmannstr. 100. Ebst. Hamburg.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 31 m., Aufnahme im Jahr 1936: 53 m., Abgänge 52 m. Leiter: Direktor Steigerthal. Leitender Oberarzt: Dr. *Buchta.* 1 Fürsorger. Die Anstalt untersteht der Fürsorgebehörde Abt. IX, Trinkerfürsorge in Hamburg 8, Stechelhörn 12 III.

7. **Versorgungsheim Hamburg-Farmsen** siehe Seite 117.

Hamm siehe Blaukreuzhof

Harthek siehe Gaschwitz-Leipzig

Harzburg-Bad

Sanatorium „am Burgberg", Klinische Heil- und Kuranstalt für physikalisch-diätetische Therapie, Lebensschulungsstätte für natürliche Lebens- und Heilweise.

90 Plätze. Gesamtleitung Dr. med. *Strünckmann*, Ärzte: Dr. *Hanns-Georg Würthle*, Hausärztin: Frau Dr. *Würthle-Reckziegel.* Wirtschaftliche Leitung: Direktor *Rohlmann.*

Hasenweiler (Württemberg, Donaukreis)

Zieglerstift Haslachmühle, Heilstätte für Alkoholkranke usw. Ebst. Ravensburg.

40 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 37: 27 m., Zugänge im Jahre 1936: 41 m., Abgänge: 46 m. 50 Plätze; 1 Verpflegklasse. Direktor Jakob Ziegler, Wilhelmsdorf; Hausvater: Joh. Köngeter, Missionar; Arzt Dr. med. *Theod. Liebendörfer.* 1906 gegründet. Offene Anstalt. Bekenntnis evangelisch, Aufnahme auch Andersgläubiger. Zusammenarbeit mit Blaukreuz und Guttemplerorden.

Hedemünden a. d. Werra

Sanatorium f. Nervenkranke. Ebst. Hedemünden a. d. Werra.

Das Sanatorium liegt in einem 400 Morgen großen Park. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 6 m., 11 w., Zugänge im Vorjahr: 52 m., 62 w., Abgänge: 52 m., 60 w., darunter Todesfälle 2 w. 26 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leiter: Nervenarzt Dr. med. *Fr. Brandt.* Personal 4. Offene Anstalt.

Digitized by Google

Heggbach (Kreis Biberach, Württemberg)

Pflegeanstalt **Heggbach** für Schwachsinnige, Epileptiker u. Psychopathen. Ebst. Maselheim (Linie Biberach-Ochsenhausen).

170 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 126 m., 171 w., Zugänge im Vorjahr: 22 m., 18 w., Abgänge: 15 m., 19 w., darunter Todesfälle: 11 m., 13 w. 300 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leitender Arzt: Dr. *Ehmann*, Biberach. Pflegepersonal: 50 Schwestern, 2 Pfleger. Geschlossene Anstalt mit offener Abtl. Verwaltung: Congregation der barmherzigen Schwestern von Reude, O. A. Waldsee. Gründungsjahr 1887.

Kinderasyl siehe unter Ingerkingen.

Heidelberg (Baden)

1. Psychiatrisch-neurologische **Klinik** der **Universität.**

30 a. Zahl der Kranken am 1. 1. 37: 80 m., 84 w., Zahl der Zugänge im Vorjahr: 892 m., 705 w., der Abgänge 904 m., 691 w., darunter Todesfälle 12 m., 15 w. 214 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Prof. Dr. *Karl Schneider*, Oberarzt Dr. *Karl Müller*, Assistenten: Dr. *Hans Reichner*, Dr. *Josef Jäger*, Dr. *Paul Hagenjast*, Dr. *Karl Scheid*, Dr. *Karl Georg Doerr*, Dr. *Helmut Speer*, Dr. *Gustav Weiler*, Dr. *Wilhelm Himmelmann*, Dr. *Wilh. Höll.* Pflegepersonal: 54. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung in besonderem Gebäude. Beratungsstelle für psychische und nervöse Kranke in der Poliklinik. Histopathologisches Laboratorium.

2. Nervenabteilung d. **Rudolf Krehl**-Klinik am akademischen Krankenhaus **in Heidelberg.**

Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 16 m., 13 w., Zugänge im Jahre 1936: 593 m., 428 w., Abgänge: 578 m., 415 w., darunter Todesfälle 5 m., 2 w. Professor Dr. *v. Weizsäcker*, Leiter; Dr. *Sprockhoff*, Dr. *Christian*, Dr. *Ansorge*. Offene Anstalt. Beratungsstelle für Nervenkranke und Neurosen.

Heppenheim a. d. B. (Hessen)

Landes-Heil- und Pflegeanstalt Heppenheim an der Bergstraße. Ebst. Heppenheim.

F 19 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 179 m., 219 w., Zugänge im Vorjahr: 72 m., 74 w., Abgänge: 70 m., 77 w., darunter Todesfälle: 7 m., 22 w. 400 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Ober-Med.-Rat Dr. *Schmeel*; Oberärzte: Med.-Rat Dr. *Schlapp*, Med.-Rat Dr. *Faust*; Ass.-Arzt: *Althaus*. 43 Pfleger, 49 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1866. Von Heppenheim ging vor 50 Jahren unter Direktor *Georg Ludwig* die Hilfsvereinsbewegung aus. Psychiatr. Außendienst. Familienpflege. Geschlossene Anstalt.

Digitized by Google

Herborn (Dillkreis, Prov. Hessen-Nassau)

Landes-Heilanstalt. Ebst. Herborn.

140 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 613 m., 437 w., Zugänge im Vorjahre 283 m., 100 w., Abgänge 125 m., 100 w., darunter Todesfälle 23 m., 25 w. 1150 Plätze, 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Paul Schiese*; Oberärzte: 1. Oberarzt und stellvertr. Direktor Dr. *William Altwater*; Dr. *Ernst Bindseil*, Dr. *Hilde Klonk*; Anstaltsarzt Dr. *Wichmann*. 68 Pfleger, 58 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1911. Außenfürsorge, Familienpflege, Beratungsstelle für psych. und Nervenkranke. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen. Erbbiologische Abteilung.

Herford (Provinz Westfalen)

Elim, Heilstätte und Abstinenzschule für Alkoholkranke.

1,75 ha. 10 Plätze. 2 Verpflegklassen. Leitung: E. Wetters Witwe, Oskar Nielsen; Arzt: Dr. med. *Brücher*, Herford. 2 Pfleger. 1899 gegründet. Offene Anstalt.

Herrnprotsch siehe Breslau-Herrnprotsch

Herten (Baden, Bez. Freiburg i. Br.)

St. Josephsanstalt für Schwachsinnige u. Epileptische Ebst. Herten (Baden).

100 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 451 m., 396 w., Zugänge im Jahre 1936: 89 m., 71 w., Abgänge: 62 m., 41 w., darunter Todesfälle: 8 m., 10 w. 902 Plätze. 2 Verpflegklassen. Direktor Karl Vomstein; Anstaltsarzt Dr. *Engert* in Wyhlen (Amt Lörrach). Pflege und Erziehungspersonal: 45 m., 127 w. Halboffene Anstalt. Gegründet 1879. Heilpädagogische Unterrichts-Erziehungs- und Pflegeanstalt: 20 Spezialklassen; 334 Kinder.

Herxheim b. Landau (Reg.-Bez. Pfalz)

St. Paulusstift, Pflege- und Versorgungsanstalt für weibl. Kranke mit geistigen oder körperlichen Gebrechen. Ebst. Herxheim.

1600 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 1 m., 194 w., Zugänge im Vorjahr: — m., 44 w., Abgänge: 37 w., darunter Todesfälle: 15 w. 200 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leitung: Kongregation der Schwestern vom hl. Paulus. Anstaltsarzt: Dr. *Otto Wieser*. 40 Pflegepersonal. Geschlossene Anstalt.

Hildburghausen (Thüringen)

Thüringische **Landes-Heil- und Pflegeanstalt.**

94 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 334 m., 330 w., Zugänge im Vorjahr: 124 m., 90 w., Abgänge: 124 m., 85 w., darunter Todesfälle: 26 m.,

Digitized by Google

9 w. 850 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Komm. Leiter: Dr. *Schottky*; stellvertr. Dir. Med.Rat. Dr. *Walter Brand*, Med. Rat Dr. *Ernst Müller*, Ass. Ärzte: Dr. *Fritz Häußer*, Dr. *Wilhelm Meyer-Kayser*, Dr. *Herbert Lorenz*, Dr. *Paul Klein*. 92 Pfleger, 85 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1866. Familienpflege. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen.

Hildesheim (Provinz Hannover)

Landes-Heil- und Pflege-Anstalt. Ebst. Hildesheim.

107 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 557 m., 556 w., Zugänge: 1936: 231 m., 276 w., Abgänge 249 m., 266 w., darunter Todesfälle 43 m., 41 w. 1184 Plätze. 1 Verpflegungsklasse. Kostverbesserung kann gegen entsprechende Bezahlung gewährt werden (B-Kost 50 Pfg., A-Kost 1,50 RM.). Ärzte: Dr. *Hermann Grimme*, Landes-Ob.-Med. Rat und Direktor; Dr. *August Jacobi*, Landes-Med. Rat, Stellvertreter des Direktors; Oberärzte: Dr. *Felix Stüber*, Dr. *Walter König*; Hilfsärzte: Arzt *Erwin Niemeyer*, Dr. *Hermamm Bartels*, Dr. *Erwin Gebhardt*. 77 Pfleger, 69 Pflegerinnen. Gründungsjahr: 1827. Psychiatrischer Außendienst. Geschlossene Anstalt.

Hirsau (Württemberg)

Sanatorium für Nervenkranke. Ebst. Hirsau (Württemberg. Schwarzwald).

Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 5 m., 11 w., Zugänge im Jahre 1936: 96 m., 56 w., Abgänge: 94 m., 54 w., darunter Todesfälle 1 m., 1 w. Plätze: planmäßig 40 und überplanmäßig 10. 2 Verpflegklassen. Dr. *Hellmuth Römer*, Facharzt für innere Medizin, *Hermine v. Bentheim*, Hilfsärztin. 1 Pfleger, 2 Pflegerinnen. Offene Anstalt. Spezialbehandlung von Kranken mit Encephalitis und Paralysis agitans.

Hochweitzschen bei Westewitz a. d. Mulde (Sachsen)

Sächsische Landes-Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Westewitz-Hochweitzschen.

33 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 379 m., 471 w., Zugänge im Vorjahre 172 m., 197 w., Abgänge 176 m., 196 w., darunter Todesfälle 34 m., 45 w. 880 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Oberregierungs.-Med.-Rat Dir. Dr. *Xaver Nothaaß*, stellv. Dir.-Stelle z. Z. unbesetzt, Reg.-Med.-Räte: Dr. *Johannes Werner*, Dr. *Kurt Apitz*, Dr. *Bruno Grzeschiuchna*, Assistenzarzt Dr. *Albert Wagner*. 56 Pfleger, 2 Lernpfleger, 13 Wärter, 58 Schwestern, 1 Lernschwester, 43 weibl. Hilfspersonal, 20 Hausmädchen. Gründungsjahr 1874. Als Irrensiechenanstalt errichtet, seit 1889 Epileptikeranstalt, seit 1902 unter ärztlicher Leitung, seit 1928 Landesheil- und Pflegeanstalt, seit 1934 auch Trinkerheilanstalt für gemäß § 42c untergebrachte Alkoholiker.

Digitized by Google

Hofheim i. Taunus (Prov. Hessen-Nassau)

Sanatorium für Nervenkranke. Ebst. Hofheim.

2 Morgen. 40 Zimmer nur I. Klasse. Arzt u. Bes.: San.-Rat Dr. *Max Schulze-Kahleyss*. 1 Oberin und Privatschwestern. Gründungsjahr 1896. Grundsätzlich nur offene Anstalt.

Hohe Mark i. Ts. bei Oberursel, Prov. Hessen-Nassau

Kuranstalt für Nerven- und Gemütskranke. Ebst. Oberursel i. Ts.

125000 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 32 m., 98 w., Zugänge im Vorjahr 239 m., 458 w., Abgänge 241 m., 444 w. 146 Plätze. 1 Verpflegklasse. Besitzer: Deutscher Gemeinschafts-Diakonieverband Marburg-Lahn. Leitende Ärzte: Dr. *Alfred Lechler*, Dr. *Kurt Spangenberg*; Anstaltsarzt: Dr. *Arthur Mader*; Assistenzarzt: Dr. *Waldemar Hillebrand*. 22 Diakonissen, 7 Diakone. Gründungsjahr 1902. Offene und geschlossene Abteilung.

Hohenpeißenberg (Oberbayern)

Kurheim für Nervenkranke. Ebst. Hohenpeißenberg.

18 Morgen. Zugänge im Jahre 1936: 12 m., 52 w., Abgänge: 12 m., 52 w. 15 Plätze. 1 Verpflegklasse. Besitzer u. Leiter: Dr. *Engelhard Wychgram*. 1 Pflegerin. Offene Anstalt. Psychotherapie, Strahlungsklima. Das Kurheim liegt 1000 m über d. Meer.

Holnstein b. Berching (Niederbayern-Oberpfalz)

Unterrichts- und Pflegeanstalt „Mariahilf" für weibliche Schwachsinnige. Ebst. Berching.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 162 w., Zugänge im Vorjahr 18 w., Abgänge 14 w., darunter Todesfälle 8. 170 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor: Josef Höringer in Dillingen a. D. Anstaltsarzt: San.-Rat Dr. *Karl Engelberger* in Berching. 24 Pflegepersonal. Geschlossene Anstalt.

Homburg (Saar)

Psychiatrisch-Neurologische Abteilung der **Landes-Krankenhäuser** des Saargebietes. Ebst. Homburg-Saar.

10 Gebäude des Landeskrankenhauses. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 116 m., 189 w., Zugänge im Jahre 1936: 822 m., 564 w., Abgänge 783 m., 514 w., darunter Todesfälle 42 m., 44 w. Ärzte: Chefarzt der Psychiatr.-Neurolog. Abt. u. stellvertr. Direktor der Landeskrankenhäuser Dr. med. *Heene*, Oberarzt Dr. *Leppien*, Assistenzärzte Dr. *Mattern*, Dr. *Uetees*, Dr. *v. Notz*, Volontärassistent Dr. *Lobeck*, Medizinalpraktikant Dr. *Banse*. 33 Pfleger, 39 Pflegerinnen. Geschlossene und offene Abtei-

Digitized by Google

lungen. Beratungsstelle für psychisch Kranke, Nervenkranke, Trunksüchtige, abnorme Kinder, psychiatrischer Außendienst, Familienpflege.

Schloß Horneck siehe Gundelsheim a. N.

Hoym (Anhalt)

Landessiechenanstalt. Post Hoym (Anhalt) über Aschersleben.

Am 1. 1. 1937: 560 Kranke, 261 m., 299 w. Bis 600 Plätze. 2 Verpflegklassen. Anstaltsarzt: z. Zt. unbesetzt. 11 Schwestern, 35 Pfleger. Gründungsjahr 1878. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. (Früher Schloß der Anh. Bernb. Herzogslinie.)

Hub bei Bühl (Baden)

Pflegeanstalt der Kreise Karlsruhe und Baden-Baden für körperlich und geistig Gebrechliche. Post: Bühl (Baden), Station Ottersweiler.

78 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 379 m., 422 w., Zugänge 1936: 81 m., 66 w., Abgänge: 68 m., 64 w., darunter Todesfälle 38 m., 45 w. 820 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor Kreisobermedizinalrat Dr. med. *Otto Gerke*. 74 Beamte und Angestellte, darunter 23 Wärter und 20 Wärterinnen. Gegründet 1874 in dem früheren Thermalbad Hub. Offene Anstalt.

Hubertusburg bei Wermsdorf (Sachsen)

Landes-Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Wermsdorf.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 495 m., 1007 w., Zugänge im Vorjahre 153 m., 392 w., Abgänge 136 m., 331 w., darunter Todesfälle 36 m., 54 w. 1509 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Oberregierungsmedizinalrat Dr. *Martin Weicksel*, Chefarzt, stellvertr. Dir. Oberregierungsmedizinalrat Dr. *Zeil*, Oberarzt, Abteilungsärzte: Regierungsmedizinalräte: Dr. *Krekeler*, Dr. *Walther*, Dr. *Kieme*, Dr. *Zeiler*; Assistenzärzte: Dr. *Wasum*, Dr. *Ehrentreich*, Dr. *Krätzschmar*, *Vogt*. 95 Pfleger, 100 Schwestern, 110 Krankenwärterinnen. 1720 bis 1742 als Jagdschloß erbaut. Der Friede von Hubertusburg (15. Februar 1763) beendete den Siebenjährigen Krieg. 1840 wurden die ersten Geisteskranken aufgenommen. 1870 Einrichtung der Anstaltsmeierei Reckwitz. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Erbbiologische Abteilung; psychiatrischer Außendienst.

Hutschdorf bei Thurnau (Bayern)

Trinkerheilstätte, Post Thurnau, Oberfranken.

35 Plätze f. Männer, 25 f. Frauen. Leiter: M. Dietsch. Arzt: San.-Rat Dr. *Pollmann*. Pflege: Diakonissen. Besitzer: Verein f. evang. Trinkerheilstätten (Blaues Kreuz). Beschäftigung in Landwirtschaft, Garten, Werkstätten; Frauen: häusliche Arbeiten.

Digitized by Google

Idstein im **Taunus** (Reg. Bez. Wiesbaden)

Privat-Heilerziehungsanstalt **Kalmenhof** für Schwachsinnige. Ebst.: Idstein i. Ts.

800 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 572 m., 249 w., Zugänge im Vorjahr: 134 m., 67 w., Abgänge: 96 m., 55 w., darunter Todesfälle: 10 m., 3 w. 850 Plätze. 3 Verpflegklassen. Direktor Ernst Müller. Anstaltsarzt z. Zt. unbesetzt. Assistenzärztin Frl. Dr. *Hughes*. Pflegepersonal mit Angestellten 130. Geschlossene Anstalt. Beratungsstelle, psychiatrischer Außendienst, Familienpflege.

Illenau bei **Achern** (Baden)

Bad. Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Achern, Baden.

48 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 330 m., 311 w., Zugänge 382 m., 429 w., Abgänge 345 m., 425 w., darunter Todesfälle 43 m., 32 w. 750 Plätze. 3 Verpflegungsklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Hans Roemer*; Stellvertretrer: Med. Rat Dr. *Robert Hoffer*; Oberärzte: Direktor Dr. *Maximilian Thumm*, Med. Rat Dr. *Alfred Meyr*; Anstaltsärzte: Med. Rat Prof. Dr. *Egon Küppers*; Assistenzärzte: Dr. *Hanna Liguori*, Dr. *Harald Widenmayer*, Dr. *Richard Elste*, Dr. *Julius Achard*. 76 Pfleger, 50 Pflegerinnen, 13 Pflegeschülerinnen, 9 Hausmädchen. — Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen für Erholungsbedürftige, Leichtkranke und Psychopathen der drei Verpflegungsklassen. Psychiatrischer Außendienst im Auftrag des Bad. Hilfsvereins für Nerven- und Gemütskranke. Serologisches und erbbiologisches Laboratorium. Außerdem wird die Trinkerheilstätte Renchen von Illenau aus fachärztlich geleitet. — Gegründet im Jahre 1842 von Roller, dem die Direktoren Hergt und Schüle zunächst folgten.

Ilten (Hannover)

Wahrendorff's Privat-Heil- und Pflegeanstalten. Ebst. Lehrte i. Hann.

250 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 703 m., 305 w., Zugänge im Vorjahr: 164 m., 188 w., Abgänge: 121 m., 119 w., darunter Todesfälle: 29 m., 10 w. Plätze 100 I. u. II., 900 III. Kl. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Prof. Dr. med. *Willige*, ärztlicher Leiter; Dr. med. *Nieper*, Dr. med. *Simon*, Oberärzte; Dr. med. *Krüger*, Frau Dr. med. *Nieper*, Assistenzärzte. 200 Pflegepersonal. Geschlossene, halboffene und offene Abteilungen. Familienpflege (etwa 150—800 Plätze).

Immerath Kr. Erkelenz, Rheinprovinz)

Haus Nazareth, Anstalt der Töchter v. hl. Kreuz für kath. weibliche Epileptische (Mädchen und Kinder).

Bestand am 1. 1. 1937: 178 w., Zugänge im Vorjahre 6 w., Abgänge: 6 w., darunter Todesfälle 3 w. 180 Plätze. 1 Verpflegklasse. 24 Schwestern. 8 weltl. Pflegerinnen.

Digitized by Google

Ingerkingen (O.-A. Biberach, Württemberg)

Kinderasyl zur Verpflegung idiotischer und epileptischer Kinder. Ebst. Schemmerberg.

1 ha. Zahl der Kranken am 1.1.1936: 49 m., 34 w., Zugänge im Jahre 1936 7 m., 5 w., Abgänge: 3 m., 3 w., darunter 1 Todesfall (w.). 1 Verpflegklasse. Hausarzt: Dr. med. *Ehmann*, Biberach. Vorstand: Schwester Oberin Bertranda Lerner. 15 Schwestern. Gegründet 1912.

Isenwald siehe Gifhorn

Jannowitz (Riesengeb. Reg.-Bez. Liegnitz)

Spezialkuranstalt für Nerven-, innere und Stoffwechselkranke. Ebst. Jannowitz, Riesengeb.

38 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 5 m., 15 w., Zugänge im Vorjahr: 137 m., 189 w., Abgänge: 138 m., 182 w., darunter Todesfälle 4 m., 2 w. 42 Plätze. 1 Verpflegklasse. Besitzer und leitende Ärzte, Dr. *Fritz Gehrmann*, Dr. *Carl Dietsch*. Offene Anstalt.

Jauer (Bez. Liegnitz)

1. Privat-Heil- und Pflegeanstalt für geisteskranke Männer. Ebst. Jauer, Katzbachgeb.

2,88 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 86 m., Zugänge im Vorjahre 12 m., Abgänge 11 m., darunter Todesfälle 8 m. 87 Plätze. Leitender Arzt: Sanitätsrat Dr. *Besdziek*. Verwaltungschef: Bankdirektor i. R. Häusler. 11 Pflegepersonal. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Die Anstalt wird mit ablaufenden Fällen der Schles. Provinzial- Heil- und Pflegeanstalten belegt. Aufnahme nur über Provinzialverwaltung in Breslau.

2. Heilstätte **Parksanatorium Jauer** für Trinkerinnen.

8 Plätze. 2 Verpflegklassen. Leiterin: Diakonissin Schwester A. Weitze. Leitender Arzt: Sanitätsrat Dr. *Besdziek*. 2 Pflegerinnen. Offene Anstalt. Besitzer: Evang. Verein für schlesische Trinkerheilstätte Jauer.

Jena (Thüringen)

1. Psychiatrische und Nervenklinik der **Universität.**

6 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 126 m., 120 w., Zugänge im Vorjahr 1281 m., 897 w., Abgänge 1259 m., 892 w., darunter Todesfälle 87 m., 59 w. 250 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Prof. Dr. *Hans Berger*; Oberarzt: Dozent Dr. med. habil. *Rudolf Lemke*; Assistenzärzte: Dr. *Rudolf Wicke*, Dr. *Paul Schwochow*, Dr. *Walter Schulte*, Dr. *Kurt Müller*, Dr. *Fritz Wawrzik*, Dr. *Werner Lembcke*; a. O. Assistenzärzte: Dr. *Hans-Joachim Plath*, Dr. *Heinrich Böll*, Dr. *Heinrich Eilsberger*, Dr. *Karl-Heinz Wirtz*; Med.-Prakt. Dr. *Drechsler*. 53 Pfleger, 5 Schwestern, 63 Pflegerinnen.

Digitized by Google

Gegründet 1879. Beratungsstelle, Poliklinik. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

2. **Jena-Sophienhöhe. Trüpers Jugendheime.**

30 ha. 1. 1. 37: 96 Zöglinge, davon 22 Mädchen, Zugänge im Vorjahr: 35, Abgänge 30. 110 Plätze. Erziehungsleitung: Dr. *Eyferth*, Dr. *Trüper*. Ärzte: Prof. Dr. *Ibrahim*, Kinderarzt, Prof. Dr. *Kihn*, Psychiater. 1 Oberschwester. 20 Lehrer und Erzieher. 1 Orthopädin. Gegründet 1890 als heilpädagogische Anstalt für Jungen und Mädchen von 5 bis 20 Jahren.

Jerichow a. d. Elbe (Provinz Sachsen)

Landesheilanstalt. Ebst. A. Jerichow.

31 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 444 m., 471 w. (einschl. 188 Familienpfleglinge), Zugänge im Vorjahr: 80 m., 108 w., Abgänge: 87 m., 94 w., darunter Todesfälle: 29 m., 24 w. 660 Anstalts- und 230 Plätze für Familienpfleglinge. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor Prov. Obermed. Rat Dr. *Karl Tietze*, stellv. Direktor Prov. Obermed. Rat Dr. *Julius Bauer*, Prov. Med. Räte: Dr. *Karl Vieten*, Dr. *Eberhard Matthias*, Assistenzarzt: Dr. *Hans Joachim Peters*. Gegründet 1900 nach Alt's Plänen als Landesasyl zur Einführung der Familienpflege.

Jestetten (Bez. Konstanz, Baden)

Kreis-Pflegeanstalt für Hilfsbedürftige beiderlei Geschlechts. Ebst. Jestetten, Schweiz. Bundesbahn.

Ca. 1 ha, 80 ar. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 135 m., 125 w., Zugänge im Vorjahr: 34 m., 19 w., Abgänge: 40 m., 15 w., darunter Todesfälle: 14 m., 7 w. 270 Plätze. 2 Verpflegklassen. Anstaltsdirektor: Kreismedizinalrat Dr. med. *Max Lichtenberger*. 8 Schwestern, 2 Wärter. Offene Anstalt.

Johannesbrunn (Schalkham) Reg.-Bez. Niederbarnim-Oberpfalz

Versorgungsheim der **barmherzigen Brüder** für körperlich und geistig Gebrechliche. Ebst. Vilsbiburg, Post Gerzen.

200 Tgw. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 153 m., Zugänge im Vorjahr: 40 m, Abgänge: 33 m, darunter Todesfälle: 17 m. 158 Plätze. 1 Verpflegklasse. Anstaltsvorstand: Fr. Gelasius Mußinger; Anstaltsarzt: Dr. *Franz Kastl*. 13 Pflegepersonal. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Johannesheim, Kreis Augsburg siehe Meitingen

Johannesheim (Kr. Gleiwitz)

siehe Buchenlust und siehe Gleiwitz

St. Kamillushaus siehe Essen 5

Digitized by Google

Kamenz, Kr. **Frankenstein** (Prov. Schlesien)

Abteilung für weibl. Geisteskranke im **St. Josephstift,** Ordensanstalt der Borromäerinnen.

1937: 200 Plätze. Oberin: Schwester Clementia Gröschel. Anstaltsarzt: Dr. *Georg Faulhaber.*

Karlshof siehe Lauterhofen

Karlsruhe (Schl.) siehe **Carlsruhe** (Schl.).

Kassel (Prov. Hessen-Nassau)

Karlshospital, Aufnahme- und Durchgangsanstalt für Geisteskranke, Trinker und Asoziale. Ebst. Kassel.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 35 m., 21 w., Zugänge im Vorjahr: 634 m., 272 w., Abgänge: 625 m., 272 w., darunter Todesfälle: 4 m. 60 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leiter: Stadtverwaltungsrat Harms. Die ärztl. Betreuung wird durch einen Arzt des Stadtgesundheitsamtes Kassel durchgeführt. 6 Pflegepersonal. Geschlossene Abteilungen. Dem Hospital ist eine besondere Abteilung für Alkoholkranke angeschlossen.

Kassel-Niederzwehren siehe Neuemühle

Kassel-Wilhelmshöhe

Kurhaus Dr. **Rohrbach,** klinisches Sanatorium für Nerven- und innere Leiden.

10000 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 5 m., 5 w., Zugänge im Jahre 1936: 62 m., 142 w., Abgänge: 65 m., 143 w., darunter Todesfälle: — m, 3 w. 50 Plätze. 3 Verpflegklassen. Leitender Arzt: Dr. med. *Wilh. Rohrbach.* 2 Pfleger, 3 Pflegerinnen. Offene Anstalt. Klinisches Diätsanatorium und Kneippkuranstalt.

Katscher (Oberschlesien, Kreis Leobschütz)

Kanonikus Ulbrich'sches Krankenhaus mit geschlossener Abteilung für weibliche Irrensieche und Alterssieche. Ebst. Katscher O.-S.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 31 m., 65 w., Zugänge im Vorjahr: 25 m., 17 w., Abgänge: 23 m., 19 w., darunter Todesfälle: 2 m., 5 w. 50 Plätze. 3 Verpflegklassen. Vorsitzender des Kuratoriums: Konsistorialrat Pfarrer Emil Komarek; leitender Arzt: Sanitätsrat Dr. *Heinrich Luczny.* 8 graue Schwestern v. d. hl. Elisabeth Mutterhaus Breslau. Ambulante Krankenpflege und Kindergarten.

Katzenelnbogen im Taunus (Provinz Hessen-Nassau)

Sanatorium für Nerven- und Gemütskranke. Ebst. Katzenelnbogen.

Größe 1,50 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 16 m., 113 w., Zugänge im Vorjahr: 23 m., 51 w., Abgänge: 19 m., 54 w., darunter Todes-

Digitized by Google

fälle: 1 m., 12 w. 135 Plätze. 3 Verpflegungsklassen. Ärzte: Dr. *Otto Wolff*, Nervenarzt, Dr. *J. Wolff-Lühr*, Nervenärztin. 14 Pfleger und Pflegerinnen. Gegr. 1872. In Heim- und Familienpflege 125 Patienten. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen.

Kaufbeuren-Irsee (Kr. Schwaben)

Kreis-Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke. Ebst. Kaufbeuren.

68 ha. 1137 Plätze. Zahl der Kranken am 1.·1. 1937: 1118, Zugänge im Vorjahr: 461. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor: Obermedizinalrat Dr. *Valentin Faltlhauser*, Medizinalräte I. Klasse: Dr. *Albert Rösch*, Dr. *Ernst Ottmann*, Dr. *Max Maier*, letzterer in Irsee, Oberärzte: Medizinalrat I. Kl. Dr. *Wilhelm Lenhart*, Dr. *Lothar Gärtner*, Dr. *Heinrich Salm*, Hilfsarzt Dr. *Hans Erich Schulz*, Arzt für Erb- und Rassenpflege. 92 Pfleger, 99 Pflegerinnen, davon 21 Ordensschwestern in Irsee. Gründungsjahr der Hauptanstalt Kaufbeuren: 1876, der Nebenanstalt Irsee 1849.

Kennenburg bei Esslingen a. N. (Württemberg)

Privatklinik für Nerven- und Gemütskranke, Süchtige und Psychopathen. Post Kennenburg über Esslingen (Neckar).

5 ha. 3 Häuser. Bestand am 1.1.1937: 25 m., 26 w; aufgenommen im Vorjahr: 68 m., 70 w., entlassen: 70 m., 71 w., darunter gestorben: 4 m., 8 w. Besitzer und leitender Arzt: Sanitätsrat Dr. *Reinhold Krauß*, 2. Arzt: Dr. *Paul Krauß*, Assistenzarzt: Dr. Hans *Fuhry*. Gegründet 1840 als Kaltwasserheilanstalt, mehrfach umgebaut und erweitert, den neuzeitlichen psychiatrischen Bedürfnissen angepaßt.

Kerpen (Regb. Köln, Rheinprovinz)

Anstalt für weibliche Schwachsinnige **St. Vinzenzhaus.** 175 Plätze. Eröffnet im Jahre 1893. Ebst. Kerpen.

Ketschendorf a. d. **Spree** (Prov. Brandenburg)

Bethanien, Erziehungs- und Pflegeanstalt für Geistesschwache und Epileptiker, Zweiganstalt der Samariter-Anstalten Fürstenwalde a. d. Spree. Ebst. Fürstenwalde.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 82 m., 109 w., der Zugänge im Jahr 1936: 69 m., 46 w., der Abgänge: 18 m., 20 w., darunter Todesfälle: 5 m., 7 w. 250 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor: Pastor Friedrich Karl Hoffmann; Arzt: San.-Rat Dr. *Hans Hilschenz* in Fürstenwalde/Spree. 7 m., 13 w. Pflegepersonen. Gründungsjahr 1892.

Kiedrich (Rheingau), Prov. Hessen-Nassau

St. Valentinushaus, Privatanstalt für weibliche Epileptiker, Geistesschwache und Geisteskranke. Ebst. Eltville a. Rh.

Digitized by Google

7 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 383 w., Zugänge im Vorjahr 19, Abgänge 17, darunter Todesfälle 11. 390 Plätze. 3 Verpflegungsklassen. Leitender Arzt: Dr. *Johannes Bartscher.* 42 Schwestern. Gründungsjahr 1886. Geschlossene Anstalt.

Kiel

Psychiatrische und Nervenklinik der Universität.

4 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 65 m., 55 w., Zugänge im Vorjahr: 1134 m., 850 w., Abgänge: 1146 m., 865 w., darunter Todesfälle: 36 m., 45 w. 180 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Prof. Dr. *Georg Stertz*; Oberarzt: Prof. Dr. *Ernst Braun*, z. Zt. beurlaubt nach Rostock; Assistenzärzte: Dr. *Karl Küppers*, Dr. *Edmund Christiani*, Dr. *Ilse Antoni*, Dr. *Fritjof Hager*, Dr. *Katharine Merkelbach*, Dr. *Heinrich Glandorf*; 4 Medizinalpraktikanten. 75 Pflegepersonal. Offene und geschlossene Abteilungen. Gründungsjahr 1901. Psychiatrischer Außendienst, Familienpflege, Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke bes. f. Jugendliche; poliklinische Sprechstunde.

Klaistow siehe Seite 118

Kleinen-Bad (Mecklenburg)

Nervenklinik und Heilstätte Bad Kleinen für Nervenkranke und Rekonvaleszenten. Ebst. Bad Kleinen.

6000 qm. 21 Plätze, belegt am 1. 1. 37 mit 8 Pat. 1936: Zugänge 226, Abgänge: 220. 2 Verpflegungsklassen. Zugelassen zu den RVO und Mittelstandskassen. Leitender Arzt: Dr. *Reid*, Nervenarzt. 2 Schwestern, 1 Diätköchin. Offene Anstalt.

Klein-Wachau b. Radeberg (Bez. Dresden)

Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische. Ebst. Radeberg.

17 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 42 m., 57 w., Zugänge im Vorjahr: 14 m., 12 w., Abgänge: 6 m., 12 w., darunter Todesfälle: 1 m., 1 w. 120 Plätze. 1 Verpflegklasse. Besitzer der Anstalt: Landesverein für Innere Mission der ev. luth. Kirche in Sachsen, Dresden A 1, Ferdinandstr. 16 II. Betriebsführer: Pfarrer Dr. Schadeberg, Dresden- A1, Ferdinandstr. 16. Leitender Arzt: Dr. med. *Gampe.* 25 Pflegepersonal. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Klingenmünster (Rheinpfalz, Bayern)

Kreis-Heil- und Pflegeanstalt.

70 ha. Zahl der Kranken am 1. Januar 1936: 555 m., 523 w., Zugänge im Vorjahr 149 m., 154 w., Abgänge 145 m., 157 w., darunter Todesfälle 27 m., 27 w. 1150 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Gottfried Edenhofer* Obermedizinalrat, stellv. Dir. Dr. *Ludwig*; Dr. *Heinrich Schmidt* Medizinalrat I. Kl. Dr. *Wilhelm Kolkmann* Oberarzt, Dr. *Christiane Brock* Oberärztin, Dr. *Fritz Baldauf* Assistenzarzt, Dr. *Hellmut Dürr* Assistenzarzt.

Digitized by Google

Pflegepersonal: 87 m., 81 w. Gegründet 1857. Psychiatrischer Außendienst, Familienpflege, Beratungsstellen. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen.

Kochem siehe Cochem

Köln-Lindenthal

1. Psychiatrische und Nervenklinik der Universität Köln.

Zahl der Kranken am 1. 1. 37: 47 m., 39 w., Zugänge im Jahre 1936: 1964 m., 1349 w., Abgänge: 1911 m., 1310 w., darunter Todesfälle: 53 m., 39 w. 153 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Prof. Dr. med. *Max de Crinis;* Oberarzt Dr. med. habil. *Hermann Stefan*; Assistenzärzte: Dr. *Konrad Falkenberg*, Dr. *Kurt Cüppers*, Dr. *Günther Hänsel*, Dr. *Günther Schmidmann*, Dr. *Edgar Schorre*, Dr. *Helmut Selbach*, Dr. *Geo Teufel*, Dr. *Friedr. Wilhelm Schimmelpfennig*, Vol.-Arzt: Dr. *Mehring*. 1 Sekretärin, 1 Oberin, 3 Labor.-Assistentinnen. 18 Pfleger, 26 Pflegerinnen. Eröffnet 1908. Vorher städtische Irrenanstalt auf demselben Gelände. Die „Städtische Fürsorgestelle für Nervöse", deren Sprechstunden im Bürger-Hospital stattfinden, wird von Ärzten der Klinik versorgt. Außerdem in der Klinik täglich 11—12 Uhr Poliklinik. Geschlossene Anstalt.

2. Psychiatrische Beobachtungsabteilung beim Gefängnis Köln.

Zur Beobachtung männlicher Strafgefangener auf Nerven- und Geisteskrankheiten und Feststellung ihrer Strafvollzugsfähigkeit, sowie von Untersuchungshäftlingen (mit Genehmigung des Richters). Leitender Arzt: Strafanstaltsmedizinalrat Dr. *Kazz*, 1 Assistenzarzt. Zahl der zu Beobachtenden am 1. 1. 1937: 30 m., Zugänge im Jahre 1936: 135 m., Abgänge: 125 m., davon verstorben 1. 34 Plätze für Männer. 8 Pfleger. Geschlossene Abteilung.

Königsberg i. Pr. (Provinz Ostpreußen)

1. Psychiatrische und Nervenklinik der Universität.

26525 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 55 m., 44 w., Zugänge im Vorjahr 1401 m., 802 w., Abgänge 1214 m., 910 w., darunter Todesfälle 38 m., 42 w. 130 Plätze. 3 Verpflegungsklassen. Ärzte: Direktor Prof. Dr. *August Bostroem*; Oberarzt: Dr. *Artur von der Heydt*; Assistenten: Dr. *Hempel*, Dr. *Janz*, Dr. *Ohm*, Dr. *Teske*, Dr. *Voss*. 25 Pfleger, 44 Pflegerinnen, 7 Schwestern. Gründungsjahr 1913. Poliklinische Sprechstunde, Jahresfrequenz 810. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen.

2. Dem Krankenhaus v. Roten Kreuz angegliederte Hirnverletztenstation der N. S. K. O. V.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 7 m., 1 w., Zugänge im Jahre 1936: 120 m., 66 w., Abgänge: 119 m., 60 w., darunter Todesfälle: 3 m., 2 w. 16—20 Plätze. 3 Verpflegklassen. Leiter: Dr. med. *Johannes Paul*, Nervenarzt. 1 Pfleger, 5 Pflegerinnen. Offene Anstalt. In der Station sind vorwiegend organisch Nervenkranke und solche mit Kopf- und Hirnbeschädigungen.

Digitized by Google

Königslutter (Braunschweig)

Landes-Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Königslutter.

400 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 321 m., 361 w. Zugänge im Jahr 1936: 131 m., 154 w., Abgänge: 141 m., 121 w., darunter Todesfälle: 51 m., 45 w. 680 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Anstaltsdirektor Obermedizinalrat Dr. *Ernst Grütter*, Oberarzt: Medizinalrat Dr. *Curt Schlüter*, Anstaltsärzte: Medizinalrat Dr. *Curt Magunna*, Medizinalrat Dr. *Robert Müller*, Medizinalrat Dr. *Conrad Haberland*, 1 Assistenzarzt. 54 Pfleger. 71 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1865. Als Korridorbau auf dem Boden des Klosters Königslutter errichtet, später im Villenbau erweitert. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen. Familienpflege, psychiatrischer Außendienst.

Königstein (Taunus)

1. Sanatorium Dr. Amelung für innere und Nervenkrankheiten. Ebst. Königstein (Taunus).

Ärzte: Sanitätsrat Dr. med. *Hengo Amelung*, Besitzer der Anstalt, Dr. med. *Walther Amelung*, Facharzt für innere Krankheiten, Dr. med. *Armin Brandt*, Facharzt für Nervenkrankheiten. 1 Verpflegklasse. Offene Anstalt.

2. Sanatorium Dr. Kohnstamm für Nerven- und innere Erkrankungen. Ebst. Königstein (Taunus).

20000 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 23 m., 11 w., Zugänge im Vorjahr: 165 m., 191 w., Abgänge: 161 m., 194 w., darunter Todesfälle: 1 m., 1 w. 36 Plätze. 1 Verpflegklasse. Wirtschaftliche Leitung: Dr. B. Spinak; leitender Arzt: Dr. *M. Friedemann*, Dr. *H. Weiß*. 4 Pflegepersonal. Offene Anstalt. Diätkuren.

Konstanz a. Bodensee (Baden)

Badische staatliche Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz. Ebst. Reichenau am Bodensee.

85 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 345 m., 398 w., Zugänge im Vorjahr 240 m., 210 w., Abgänge 198 m., 173 w., darunter Todesfälle 22 m., 32 w. 825 Plätze. 3 Verpflegungsklassen. Ärzte: Direktor Dr. med. *Arthur Kuhn*; stellvertretender Direktor: Dr. med. *Albert Kühne*, Medizinalrat; Anstaltsoberarzt Dr. med. *Hermann Zwilling*, Medizinalrat; Anstaltsarzt Dr. med. *Gustav Ehrismann*, Medizinalrat; Assistenzarzt Dr. med. *Erich Fischer.*; Assistenzarzt Dr. med. *Georg Höhn.* Eröffnungsjahr 1913. Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke in der Anstalt. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. An der Anstalt ist ein serologisches Untersuchungsinstitut, das nicht nur die Anstalt, sondern auch die praktischen Ärzte und Krankenhäuser des badischen Seekreises bedient.

Kork bei Kehl (Baden)

Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische. Ebst. Kork.

Digitized by Google

6—7 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 122 m., 142 w., Zugänge 1936: 28 m., 22 w., Abgänge 17 m., 18 w., darunter Todesfälle: 4 m., 7 w. 270 Plätze. 3 Verpflegklassen. Direktor: Missionar Karl Stolz. Anstaltsarzt: Dr. med. *Heinrich Wiederkehr.* 3 Pfleger, 40 Schwestern. Gründungsjahr 1892. Offene Anstalt.

Kortau b. Allenstein (Prov. Ostpreußen)

Prov.-Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Allenstein.

265 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 36: 601 m., 834 w., Zugänge: im Jahre 1936: 222 m., 211 w., Abgänge: 191 m., 219 w., darunter Todesfälle: 30 m., 68 w. 1400 Plätze. 2 Verpflegklassen. Direktor: Dr. *Kurt Hauptmann*; Oberärzte: Dr. *Arthur Powels*, Dr. *Heinrich Schröder*, *Robert Rakutz*, Dr. *Reinhold Buldmann*; Anstaltsärzte: Dr. *Heinrich Niklas*, Dr. *Hans Schmidt*, Dr. *Erich Aleite.* 121 Pfleger, 106 Pflegerinnen. Beratungsstelle für psychisch Kranke, Nervenkranke, Trunksüchtige und abnorme Kinder. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Familienpflege. Gründungsjahr 1886.

Kranstädt (Krs. Ratibor)

St. Augustuskranken- und Siechenhaus für Geisteskranke, Epileptiker und innere Kranke. Ebst. Kranstädt O.-S.

76 a. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 15 m., 30 w., Zugänge im Vorjahr: 16 m., 27 w., Abgänge: 14 m., 29 w., darunter Todesfälle: 4 m., 12 w. 53 Plätze. 2 Verpflegklassen. Anstaltsarzt: prakt. Arzt: Dr. *Kornke.* 7 Pflegepersonal. (Säuglingsberatungsstelle und Gemeindepflegestation).

Kraschnitz (Kreis Militsch, Prov. Niederschlesien)

Deutsches Samariter-Ordensstift. Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke, Schwachsinnige und Epileptiker. Ebst. Kraschnitz. Angeschlossen ist eine Krankenhausabteilung für innere und Nervenkranke.

Eigentliches Anstaltsgelände: 4,54 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 307 m., 470 w., Zugänge im Jahr 1936: 115 m., 177 w., Abgänge: 109 m., 163 w., darunter Todesfälle: 13 m., 12 w. 770 Plätze. 3 Verpflegungsklassen. Ärzte: Chefarzt Dr. Dr. *W. Straube* des deutschen Samariterstiftes, Abteilungsärzte: Dr. v. *Staff*, Dr. *Freudenbus*, Assistenzärzte: Dr. *Polzfuß*, Dr. *Fischer.* Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Familienpflege geplant. 34 Pfleger. 48 Schwestern, Gründungsjahr 1860. Stifter: Adelberdt Graf von der Recke-Volmerstein. Arbeitsgemeinschaft mit evangelischem Diakonissen-Mutterhaus und Erster Schlesischer Diakonenanstalt in Kraschnitz.

Krautheim a. d. Jagst (Baden)

Kreispflegeanstalt. Ebst. Krautheim (von Boxberg, Osterburken m. Postauto erreichbar).

Digitized by Google

Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 78 m., 39 w., Zugänge im Jahre 1936: 23 m., 19 w., Abgänge: 22 m., 3 w., darunter Todesfälle: 5 m., 2 w. 140 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leiter: Dr. *Rieß*, Krautheim a. d. Jagst. 9 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Krefeld-Königshof (Reg.Bez. Düsseldorf)

1. Heil- und Pflegeanstalt **Dreifaltigkeitskloster** für weibl. Nerven- und Gemütskranke.

70000 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 37: 497, Zahl der Zugänge im Vorjahre 309, der Abgänge 304, davon Todesfälle 93. 500 Plätze, 3 Verpflegungsklassen. Ärzte: Leitender Arzt Dr. *Ewald Kirch*, 2. Arzt Dr. *J. Wolfers*, Assistenzärztin Dr. *G. Franken*. 47 Ordensschwestern, 21 weltliche Pflegerinnen, 21 weibliche Hilfskräfte, 15 männliche Angestellte. Gegründet 1895 von der Genossenschaft der Augustinerinnen in Neuß. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Alle Formen neuzeitlicher Therapie.

2. **Alexianer-** Heil- und Pflegeanstalt für männliche Geistes- und Nervenkranke.

80 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 36: 295 m., im Vorjahr Zahl der Zugänge 131 m., der Abgänge 134 m., darunter 29 Todesfälle. 300 Plätze. 2 Verpflegklassen. Leitender Arzt: Nervenarzt Dr. *Moritz Wahn*, 1 Assistenzarzt. 30 Alexianerbrüder, 5 weltliche Pfleger. Gegründet 1870. Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Dorf **Kreuth** (Tegernsee)

Waldsanatorium Dr. May für Basedow-Kranke (Luft-Kurort und Schwefelbad) in Dorf Kreuth (Oberbayern). Ebst. Tegernsee.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 14 m., 30 w., Zugänge im Jahr 1936: 298 m., 519 w., Abgänge 296 m., 516 w., darunter 1 m. Todesfall. Ärzte: Sanitätsrat Dr. *Wilhelm May*, Assistenzarzt Dr. *Ernst Adam*, Medizinalpraktikant *Georg Schneider*. 95 Plätze. Pflegepersonal 5. Fluortherapie des Morbus Basedow, außerdem alle Arten medizinische Bäder, Heilgymnastik, elektrische Behandlung (Röntgen nur diagnostisch). 850 m. u. d. M.

Kreuzburg (Oberschlesien)

1. **Marienheim,** Heim für nerven- und gemütskranke Frauen. Ebst. Kreuzburg O.-S.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 31 w., Zugänge im Vorjahr: 22 w., Abgänge: 25 w., darunter Todesfälle 3 w. 37 Plätze. 2 Verpflegklassen. Leitender Arzt Sanitätsrat Dr. *J. Bresler*. 8 Diakonissen. Die Anstalt ist Eigentum des Diakonissenmutterhauses Bethanien (Vorsteher Pastor Steinwachs).

Digitized by Google

2. **Landesheilanstalt Nietleben** in Kreuzburg O.-S.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 314 m., 261 w., Zugänge im Vorjahr: 27 m., 4 w., Todesfälle: 15 m., 8 w. 595 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor: Provinzial-Obermedizinalrat Dr. *Krüger*; Ärzte: Prov.-Med.-Rat Dr. *Behncke*, Prov. Med.-Rat Dr. *Ziegelroth*. 57 Pfleger, 48 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt. — In dem 1776—1779 von Friedrich dem Großen erbauten Armenhaus wurde 1873 die Provinzial-Irrenanstalt Kreuzburg in Oberschlesien eingerichtet. Sie wurde am 31. 5. 1935 aufgelöst und von der Provinzialverwaltung von Sachsen gepachtet. Die Landesheilanstalt Nietleben bei Halle a. d. Saale wurde vom Reich für heereswichtige Zwecke übernommen und nach fast 100jährigem Bestehen bis zum 1. Juli 1935 nach und nach geräumt. Ein Teil der Kranken konnte in andere Anstalten innerhalb der Provinz untergebracht werden. 590 Kranke mit den dazugehörigen Ärzten nebst Pflege- und sonstigem Wirtschaftspersonal wurden in die von der Oberschlesischen Provinzialverwaltung geräumte und der Provinz Sachsen zur Verfügung gestellte Landesheilanstalt Kreuzburg O.-S. übergeführt, welche den in der Überschrift genannten Namen führt. (Wird nach neueren Nachrichten wieder aufgelöst).

Kreuzenort (Oberschlesien)

St. Franziskusheim, Siechenanstalt und Altenheim für Geisteskranke. Ebst. Kreuzenort (Kreis Ratibor).

9 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 36 m., 30 w., Zugänge im Vorjahr: 14 m., 8 w., Abgänge: 15 m., 12 w., darunter Todesfälle: 7 m., 2 w. 69 Plätze. 2 Verpflegklassen. St. Franziskus Verein E. V. Oberin St. M. Agnes Kübel. Arzt Dr. *Waldemar Fehmer*. 2 Schwestern. Geschlossene und offene Anstalt.

Kreuznach-Bad (Reg.-Bez. Koblenz, Rheinprovinz)

Privatanstalten für Schwachsinnige. **Diakonie-** Anstalten Bad Kreuznach:

1. Anstalt **Bethanien-**Kreuznach für bildungsfähige Mädchen mit Spezialschule.

2. Haus **Pella-**Kreuznach für erwachsene weibliche Schwachsinnige und Psychopathen.

3. Anstalt **Eben-Ezer** zu Asbacher Hütte, Post Kempfeld, Station Fischbach-Weierbach-Nahe, für ältere bzw. nicht bildungsfähige weibl. Schwachsinnige mit bes. Station für Tuberkulöse.

4. Anstalt **Hüttenberg** zu Sobernheim-Nahe für nicht bildungsfähige weibl. Schwachsinnige.

Digitized by Google

5. u. 6. Haus **Bethlehem** und **Goldenes Kreuz** zu Niederreidenbacher Hof bei Fischbach-Weirbach-Nahe für nicht bildungsfähige Kinder.

7. Abt. für Schwachsinnige der Anstalt **Zoar** zu Hof Rechtenbach bei Wetzlar für nicht bildungsfähige Mädchen.

8. Abt. für Schwachsinnige der Erziehungsanstalt **Niederwörresbach** bei Fischbach-Weierbach-Nahe für nicht bildungsfähige Mädchen.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 59 m., 900 w., Zugänge 1936: 5 m., 60 w., Abgänge 1936: 6 m., 56 w., darunter Todesfälle 1 m., 24 w. 997 Plätze. 1 Verpflegungsklasse, in Bethanien 2. Direktor: Pfarrer Hanke, Bad Kreuznach. Ärzte: für 1 + 2 Dr. *Karl Hessel*, Kreuznach, für 3 Dr. *Decker*, Kempfeld, für 4 Dr. *Mauelshagen*, Sobernheim, für 5 + 6 Dr. *Karl Hessel*, Kreuznach, für 7 Dr. *Watz*, Hörnsheim, für 8 Dr. *Heger*, Herrstein. 81 Pflegepersonen. 1890 eröffnet.

Kropp bei Schleswig

Heil- und Pflegeanstalten der ev. luth. Diakonissenanstalt **Bethanien** in Kropp b. Schleswig für weibl. Geistes- und Nervenkranke. Ebst. Kropp.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 357 w., 39 m., am 1. 1. 1937: 404 w., 8 m. 418 Plätze. 3 Verpflegungsklassen. Ärztlicher Leiter: Direktor Dr. *Fritz Fliedner*; 2. Arzt: Dr. *Hans Krause*. 1 Pfleger, 59 Schwestern und Pflegerinnen. Gegründet 1879. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Kühr, Niederfell a. d. Mosel (Rheinprovinz)

Herz-Jesu-Haus, Pflegeanstalt für weibliche Geistesschwache. Ebst. Lehmen a. d. Mosel.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 314 w., Zugänge im Jahr 1936: 31 w., Abgänge: 23 w., darunter Todesfälle: 7 w. 330 Plätze. 1 Verpflegklasse. Anstaltsarzt: Dr. med. *Josef Krahe*. 52 Schwestern. 1884 gegründet.

Kutzenberg b. Ebensfeld (Oberfranken, Bayern)

Oberfränkische **Kreis**-Heil-und Pflegeanstalt. Ebst. Ebensfeld.

134 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 442 m., 308 w., Zugänge 1936: 65 m., 94 w., Abgänge 63 m., 90 w., darunter Todesfälle: 11 m., 30 w. 660 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor OMR. Dr. *G. L. Entres*; Med.-Rat Dr. *Georg Bischof*, Oberarzt Dr. *Max Sebald*, Assistenzarzt Dr. *Fritz Denzler*, Aushilfsarzt Dr. *Hans Mönius*. 7 Pfleger, 49 Schwestern. Gründungsjahr 1905. Offene Anstalt. Psychiatrischer Außendienst. Familienpflege, Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke.

Digitized by Google

Landau (Pfalz)

Evang. Pflegeanstalt **Bethesda** für Schwachsinnige, Epileptiker und Nervenkranke. Ebst. Landau i. Pfalz.

3,89 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 95 m., 230 w., Zugänge im Vorjahr: 38 m., 77 w., Abgänge: 30 m., 64 w., darunter Todesfälle: 16 m., 24 w. 350 Plätze. 2 Verpflegklassen. Leiter: A. Bernius, Pfarrer am Diakonissenhaus in Speyer a. Rh. Hausarzt: Dr. *H. Schaurer*. 29 Pflegepersonal. Geschlossene Anstalt mit offnen Abteilungen. (In dem zur ev. luth. Diakonissenanstalt in Speyer a. Rh. gehörenden Heim werden ca. 340 Patienten gepflegt.)

Landeck-Bad (Schlesien)

Kuranstalt **Thalheim** wird voraussichtlich im Laufe des Jahres eröffnet. Ebst. Bad Landeck.

Landsberg an der Warthe (Provinz Brandenburg)

Brandenburgische **Landesanstalt** mit Abteilungen für Geisteskranke, körperlich Sieche und Fürsorge für Wanderer. Ebst. Landsberg (Warthe).

1400 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 677 m. und 650 w., Zugänge im Vorjahr 196 m. und 181 w., Abgänge: 186 m. und 178 w., darunter Todesfälle: 47 m. und 54 w. 1410 Plätze. 2 Verpflegungsklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Hans Hussels*, Stellvertreter: I. Oberarzt Dr. *Friedrich Deffge* und I. Oberarzt Dr. *Wilhelm Schott*, Oberärzte: Oberarzt Dr. *Heinz Lohwasser*, Assistenzärzte: Dr. *Heller*, Dr. *Ilse Meyer*, Dr. *Hinderscheidt*. 2 Medizinalpraktikanten. 269 Pflegepersonal. Gegründet 1888. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Psychiatrischer Außendienst, Familienpflege.

Langenhagen b. Hannover

Landes-Heil- und Pflegeanstalt Langenhagen b. Hannover. Ebst. Langenhagen.

139 ha. eigener Besitz, dazu 61 ha. gepachtete Ländereien. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936 Hauptanstalt: 442 m., 369 w., Zugänge im Jahre 1936: 103 m., 63 w., Abgänge: 120 m., 74 w., darunter Todesfälle: 16 m., 14 w. Irrenbeobachtungsstation: Zahl der Kranken 20 m., 15 w., Zugänge im Jahre 1936: 218 m., 263 w., Abgänge: 199 m., 219 w., darunter Todesfälle: 24 m., 44 w. Hauptanstalt: 852 Plätze, Irrenbeobachtungsstation: 50 Plätze. Verpflegklassen: in Hauptanstalt 1, in Beobachtungsstation 2. Direktor: Landesobermedizinalrat Dr. med. *Paul Fröhlich*, I. Oberarzt und stellv. Direktor: Landesmedizinalrat Dr. *Ernst Rinne*, Oberärztin Dr. med. *Klara Schmidt*, Oberarzt Dr. med. *Rudolf Schwabe*, Hilfsarzt Dr. med. *Hans-Alfred Kurz*. 47 Pfleger, 90 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Psychiatrischer Außendienst.

Digitized by Google

Gegründet 1862, eröffnet als Wohltätigkeitsanstalt zunächst nur für bildungsfähige Kinder unter Leitung eines Pädagogen. 1868 einem ärztlichen Leiter unterstellt. 1897 von der Provinz Hannover übernommen und von 1902 ab umgebaut und erweitert. Anstaltsschule mit 6 Lehrkräften. 1906 wurde die Beobachtungsstation für Geisteskranke der Stadt Hannover mit 50 Plätzen angegliedert.

Lauenburg (Prov. Pommern)

Provinzial-Heilanstalt. Ebst. Lauenburg.

224 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 476 m., 507 w., Zugänge im Vorjahr 207 m., 224 w., Abgänge 142 m., 143 w., darunter Todesfälle 49 m., 40 w. 1015 Plätze. 2 Verpflegungsklassen, 3 Unterbringungsklassen. Ärzte: Direktor Prov. O.-Med.-Rat Dr. *Johannes Banse*; Vertreter des Direktors Prov.-Med.-Rat Dr. *Hans-Dietrich Hilweg*; Oberärzte: Dr. *Franz-Ferdinand Klein*; Assistenzärzte: Dr. *Ulrich Graunke*, Dr. *Helmut Schwarz*, Dr. *Hans-Hermann Renfranz*. Pflegepersonal: 1 Pflegevorsteher, 1 Pflegevorsteherin, 1 Oberpfleger, 2 Oberpflegerinnen, 69 Pfleger, 66 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1889. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Psychiatrischer Außendienst, Familienpflege, Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke.

Lauenstein-Altefeld b. **Herleshausen** (Reg.-Bez. Cassel)

Heil- und Erziehungsanstalt für seelenpflegebedürftige Kinder. Ebst. Altefeld über Herleshausen (Werra).

28 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 28 m., 22 w., Zugänge im Jahre 1936 7 m., 6 w., Abgänge 9 m., 5 w. 55 Plätze. 1 Verpflegklasse. Anstaltsarzt Dr. med. *Heinrich Hardt* in Herleshausen. 3 Pfleger, 16 Pflegerinnen. Offene Anstalt. Angegliederte Schule mit getrennten Unterrichtsgruppen. Engste Zusammenarbeit von Lehrern (Heilpädagogen) und dem Arzt. Gesunde klimatische Mittelgebirgslage.

Lauingen (Donau), Reg.-Bez. Schwaben

Elisabethenstiftung, Pflegeanstalt für weibliche Unheilbare.

0,3 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 218 w., Zugänge im Jahr 1936 44 w., Abgänge 31 w., darunter Todesfälle 24 w. Anstaltsplätze 232. 2 Verpflegklassen. Verwaltung: Oberin der Anstalt M. Magdalena Zach, Haus-Arzt: *Karl Grueber*; Berater: Irrenarzt Medizinalrat Dr. *Sieghart*. Pflegepersonal: 32 w. Geschlossene Anstalt.

Lauterhofen (Oberpfalz)

Pflegeanstalt **Karlshof** für weibliche Schwachsinnige, Epileptische, ungefährliche Geisteskranke, Altersgebrechliche, Krüppelhafte, körperlich Kranke, Lupuskranke. Ebst. Lauterhofen.

Digitized by Google

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 554 w., Zugänge im Vorjahr 55 w., Abgänge 68 w., darunter Todesfälle 42 w. 570 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor Josef Häringer in Dillingen a. D. Anstaltsarzt: Dr. *A. Miller*. 36 Pflegepersonal. Geschlossene Anstalt. (Die Anstalt gehört zu den I. E. Wagnerschen Wohltätigkeitsanstalten.)

Leipzig (Sachsen)

1. Psychiatrische und Nerven-Klinik der **Universität,** Kaiser Maximilianstr. 29.

30000 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 92 m., 89.w., Zugänge im Vorjahr 1602 m., 1308 w., Abgänge 1577 m., 1290 w., darunter Todesfälle 49 m., 72 w. 256 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Prof. Dr. *Paul Schröder*, Priv. Doz. Dr. *Fritz Flügel*, Dozent Dr. *Gerhard Schorsch*, Dr. *Hans Büssow*, Dr. *Rudolf Hecker*, Dr. *Theobald Dietrich*, Dr. *Werner Rabitz*, Dr. *Herbert Schulze*, Dr. *Anna Leiter*, Dr. *Hertha Ahrens*, Dr. *Käthe Ziervogel*. 40 Pfleger, 52 Schwestern. Gründungsjahr 1882. Poliklinik für Erwachsene und für Jugendliche. Abteilungen für Geisteskranke und für Nervenkranke. Beobachtungabteilung für jugendliche Psychopathen.

2. **Leipzig-Dösen. Landes**-Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Leipzig.

51 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 813 m., 753 w., Zugänge 1936: 268 m., 217 w., Abgänge: 252 m., 200 w., davon Todesfälle 69 m., 57 w. Plätze planmäßig 1180; Höchstbelegung 1280; außerplanmäßige Plätze 286. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Chefarzt u. Direktor OberMed.Rat Dr. *Siegfried Maaß*; stellv. Dir.-Stelle z. Z. unbesetzt; Ober Med. Rat Dr. *Emil Eichler*, Ober Med. Rat Dr. *Carrière*, RegierungsMed. Räte: Dr. *Reinhold Schneider*, Dr. *Johannes Gottschick*, Dr. *Eugen Schulz*, Dr. *Georg Renno*, Dr. *Johannes Suckow*, Dr. *Georg Friedrich*, *Arthur Mittag*, Assistenzarzt Dr. *Karl Moser*. 2 Pflegevorsteher, 20 Oberpfleger, 53 Pfleger, 17 Krankenpfleger, 10 Lernpfleger, 24 Wärter, 1 Oberin, 10 Oberschwestern, 58 Schwestern, 4 Krankenschwestern, 1 Lernschwester, 3 Oberpflegerinnen, 1 Pflegerin, 17 Hilfspflegerinnen, 70 Wärterinnen. Gründungsjahr 1901 als städtische Anstalt, ging am 1. 1. 1913 infolge des damaligen neuen Irrenfürsorgegesetzes in den Besitz des sächsischen Staates über. Geschlossene Anstalt. Psychiatricher Außendienst und erbbiologische Abteilung. Prosektur und sonstige Laboratorien.

Sanatorium **Harthek** in **Gaschwitz**-Leipzig siehe Gaschwitz

Lemgo in **Lippe**

Heilerziehungs-, Heil- und Pflegeanstalt für Geistesschwache und Epileptische **Eben-Ezer.** Ebst. Lemgo i. L.

34 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 153 m., 170 w., Zugänge im Vorjahr: 21 m., 21 w., Abgänge 15 m., 16 w., darunter Todesfälle: 4 m.,

Digitized by Google

7 w. 120 Plätze. 1 Verpflegklasse. Anstaltsleiter H. Diehl. Arztstelle unbesetzt. Vertreter Med. Rat Dr. *Haberkant*. 12 Pfleger, 21 Pflegerinnen. Offene Anstalt mit geschlossenen Abteilungen.

Lengerich (Prov. Westfalen)

Provinzialheilanstalt. Ebst. Lengerich.

216 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 565 m., 507 w., Zugänge im Vorjahr: 117 m., 138 w., Abgänge 129 m., 136 w., darunter Todesfälle: 34 m., 34 w. 1030 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Ober-Prov.-Med. Rat Dr. *Robert Wessing*; Prov.-Med.-Rat Dr. *Karl Mertens*, Prov.-Med.-Rat Dr. *Friedrich Winter*; Oberarzt Dr. *Bernhard Hartung*; Ass. Arzt Dr. *Hans Ringer*. 75 Pfleger. 64 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1864. Ausgedehnte Familienpflege. Geschlossene Anstalt.

Leubus (Provinz Niederschlesien)

Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Leubus.

165 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 650 m., 783 w., Zugänge im Vorjahre 153 m., 156 w., Abgänge 127 m., 126 w., darunter Todesfälle 19 m., 26 w. 1380 Plätze. 1 Verpflegklasse, nur in der Heilanstalt Kloster 2. Ärzte: Dr. med. habil. *Gerhard Töppich*, Direktor und Prosektor der gesamten niederschlesischen Heil- und Pflegeanstalten, stellvertr. Direktoren: Dr. *Walter Welke*, Dr. *Felix Weißenfeld*, Abteilungsärzte: Dr. *Emil Meckel*, Dr. *Karl Pietsch*, Assistenzärzte: Dr. *Johannes Cyba*, *Josef Nocon*, Dr. *Sophie Farber*. 110 Pfleger, 104 Pflegerinnen. Die im Jahre 1830 eröffnete Anstalt besteht aus der Alten Anstalt im ehemaligen, 1810 säkularisierten Cisterzienserkloster und der eine halbe Stunde entfernten, 1906 eröffneten Neuen Anstalt im Ortsteil Leubus II (Städtel). Geschlossene Anstalt mit psychiatrischem Außendienst, Familienpflege, erbbiologischer Forschungsstelle und Prosektur.

Leutesdorf (Rh., Reg.-Bez. Coblenz)

Johanneshöhe, alkoholfreies Erholungsheim.

20 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor Johannes *M. Jaw*. 8 Pflegepersonal. Gegründet 1927. Offene Anstalt mit fester Hausordnung. Entziehungskuren.

Liebenau bei Tettnang (Wttmbg.)

Pflege- und Bewahranstalt **St. Galluspflege** für Schwachsinnige, Epileptische und Gebrechliche. Pflegeanstalt mit Abteilungen in **Hegenberg** und **Rosenharz.** Post Liebenau bei Tettnang.

Zahl der Plätze: Liebenau 700, Hegenberg 60, Rosenharz 240. 1 Verpflegklasse. Direktor: Wilhelm; Arzt: Dr. *Wilhelm Beuker*. Gegründet 1878; St. Gebhardthaus in Hegenberg 1909 und St. Gertrudisheim in Rosenharz 1925.

Digitized by Google

Liebenburg (Kreis Goslar)

Dr. Frontheims Privat-Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke. Post Liebenburg über Goslar.

Leitender Arzt: Dr. *Kurt Fontheim*. Assistenzärzte: Dr. *Rudolf Pape*, Dr. *Alfred Kasten*.

Liebenstein-Bad

Klinisches **Sanatorium** für innere und Nervenkranke. Ebst. Bad Liebenstein.

3 ha. Saisonbetrieb. Zugänge im Jahre 1936: 134 m., 235 w., Abgänge 134 m., 235 w., darunter Todesfälle: 1 m., 3 w. Plätze 76. 1 Verpflegklasse. Direktor: Dr. *Max Seige*, Nervenarzt, Dr. *Felix Eichler*, Facharzt für innere Krankheiten. 1 Pfleger, 4 Pflegerinnen. Offene Anstalt.

Lindau (Bodensee)

Privatklinik Dr. Speer, Fachklinik für Psychotherapie. Ebst. Lindau.

10 Plätze. 1 Verpflegklasse. (Keine Geisteskranken, keine Rauschgiftkranken). Leitender Arzt: Dr. *Ernst Speer*, Facharzt f. Psychotherapie, Psychiatrie u. Neurologie. Offene Anstalt. Gegründet 1921.

Lindenfels (Odenwald)

Kurhaus und Sanatorium **Dr. Schmitt.** Ebst. Bensheim, Bergstraße.

30 Morgen. 120 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leiter: Generalstabsarzt a. D. Dr. *Stroehlein*. 4 Pflegepersonal. Offene Anstalt.

Lindenhaus

Lippische Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Brake.

20 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 290 m., 239 w., Zugänge im Vorjahr 68 m., 67 w. Abgänge 68 m., 67 w., darunter Todesfälle 18 m., 10 w. z. Zt. 546 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Medizinalrat Dr. *Wilhelm Theopold*, Oberarzt Dr. *Georg Müller*, Assistenzarzt: Dr. *Bernhard Runte*. 65 Pfleger und 42 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt.

Lintorf (Bez. Düsseldorf)

1. Kurhaus Siloah, Heilanstalt für Alkoholkranke. Ebst. Lintorf (Bez. Düsseldorf).

1,5 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 6 m., 1 w., Zugänge im Jahr 1936: 14 m., 1 w., Abgänge: 12 m. Leiter: Anstaltspfarrer J. Schreiber. Arzt: Dr. med. *Schaefer*, Kaiserswerth. Hausvater: Tuchborn. 7 Plätze. 1 Ver-

Digitized by Google

pflegklasse. Pflegepersonal: 1. Offene Anstalt. Außerdem Anstaltsheimpflege. Die Anstalt wurde 1879 auf Anregung von Werner Nasse als älteste deutsche Trinkeranstalt begründet.

2. **Bethesda,** Heimpflegestätte für psychisch Kranke. Ebst. Lintorf (Bez. Düsseldorf).

2 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 45 m., Zugänge im Jahr 1936: 57 m., Abgänge 12 m. Leiter: Anstaltspfarrer J. Schreiber. Arzt: Oberarzt Dr. *Wegener*, Düsseldorf. Hausvater Schürrhoff. 75 Plätze. 5 Pfleger. Geschlossene Anstalt.

Lohr am Main (Unterfranken, Bayern)

Unterfränkische **Kreis-Heil- und Pflegeanstalt.** Ebst. Lohr am Main.

118,8 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 329 m., 326 w., Zugänge im Vorjahr 59 m., 101 w., Abgänge 47 m., 98 w., darunter Todesfälle 14 m., 27 w. 715 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor Ob. Med. Rat Dr. *Richard Stoeckle*; Med. Rat I. Kl.: Dr. *Max Schneider*, Oberarzt: Dr. *Josef Wallrapp*; Vertragsarzt Dr. *Karl Baldus*. 58 Pfleger, 52 Pflegerinnen. 1912 eröffnet. Geschlossene Anstalt mit 2 offenen Häusern. Psychiatrischer Außendienst. Beratungsstelle f. Psychisch- u. Nervenkranke.

Lübben, Spreewald (Provinz Brandenburg)

Brandenburgische **Landesanstalt,** Ebst. Lübben.

82,5 ha (davon ca. 78 ha Landwirtschaft). Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 464 m., 371 w. Erwachsene, 101 m., 84 w. Jugendliche. Zugänge im Vorjahre 94 m., 123 w. Erwachsene, 19 m., 20 w. Jugendliche. Abgänge 41 m., 52 w. Erwachsene, 113 m., 97 w. Jugendliche, darunter Todesfälle 12 m., 19 w. Erwachsene, 8 m., 8 w. Jugendliche. 1035 Plätze, 240 für Epileptiker, 780 für Idioten, 15 für Wanderer. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Kommiss. Dr. *Felix Großmann*; Direktor: I. Oberarzt Dr. *Georg Liebert*, stellvertr. Direktor; Dr. *Walter Hermes*; Assistenzarzt *Karl Friedrich Rotzinger*, 1 Medizinalpraktikant. 76 Pfleger, 83 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1893. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Familienpflege.

Lübeck

1. Heilanstalt **Strecknitz** für Nervöse und Geisteskranke Ebst. Lübeck. 4,0 km.

202 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 385 m., 319 w., Zugänge im Vorjahr 225 m., 199 w., Abgänge 152 m., 187 w.; darunter Todesfälle 40 m., 51 w. 3 Verpflegklassen. 860 Plätze. Ärzte: Direktor Dr. *Johannes Enge*, Oberarzt Dr. *Willi Dockhorn*, Anstaltsärzte Dr. *Heinrich Dübel*, Dr. *Emil Hagemann*, Dr. *Rudolf Grubel* und Dr. *Georg Ossenkopp*, 1 Assistenzarzt, 2 Medizinalpraktikanten. 72 Pfleger. 68 Pflegerinnen. — Gründungsjahr 1912. Erweiterungsbau 1930 (siehe Dr. *Eschenburg*, Geschichte der

Digitized by Google

Lübecker Irrenanstalt, 1844 Lübeck, Dr. *Enge*, Festschrift zur Eröffnung der Erweiterungsbauten, 1930 Lübeck). Geschlossene Anstalt mit offener Nervenabteilung. Psychiatrischer Außendienst, psychiatrische Beratungsstelle.

2. Erziehungs- und Pflegeheim **Vorwerk.** Anstalt für geistesschwache Jugendliche.

270 Plätze. 2 Verpflegklassen. Direktor: P. Burwick (Päd.), Arzt: *P. Furthmann*, Bad Schwartau. 3 Pfleger. 18 Schwestern, Pflegerinnen, Lehrerinnen. Geschlossene Anstalt, gegründet 1906. Eigentum eines Vereins.

Lüben (Reg. Bez. Liegnitz, Provinz Niederschlesien)

Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Lüben.

207 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 526 m., 557 w., Zugänge im Vorjahr 140 m., 194 w., Abgänge 156 m., 198 w., darunter Todesfälle 47 m., 67 w. 1264 Plätze. Nur eine Verpflegungsklasse. Ärzte: Direktor Prov.-Ober-Medizinalrat Dr. *Guido Kunze*; Provinzial-Medizinalrat Dr. *Ulrich Wilcke* (stellvertretender Direktor); Oberarzt Dr. *Renner*, beauftragt mit den Geschäften des Landesobmannes für die erbbiologische Bestandsaufnahme; Abteilungsärzte: Dr. *Johannes Nanny*, Dr. *Rudolf Klimke*, z. Zt. beurlaubt bis Ende September zur Einarbeitung bei dem Staatlichen Gesundheitsamt in Glogau als Hilfsarzt; Assistenzarzt: Dr. *Gottfried Lehmann*; Militäroberarzt *Knettenbrech* (als Hilfsarzt tätig). 2 Oberpfleger, 1 Erster Pfleger, 91 Pfleger, 1 Pflegevorsteherin, 1 Oberpflegerin, 77 Pflegerinnen. Erbaut 1902—1905. Geschlossene Anstalt. 2 offene Abteilungen. Außenfürsorge. Familienpflege.

Lüneburg (Prov. Hannover)

Landes-Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Lüneburg.

432 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 603 m., 486 w., Zugänge im Vorjahr 182 m., 211 w., Abgänge 177 m., 198 w., darunter Todesfälle 42 m., 52 w. 1 Einheitsverpflegklasse (evtl. Verpfl.verbesserung) 1246 Plätze. Ärzte: Direktor Landesobermed. Rat Dr. *Max Bräuner*, Oberärzte: Dr. *Gustav Marx*, Dr. *Karl Vix*, Dr. *Gustav Brandes*, Dr. *Friedrich Wenig*, Landesobermed. Rat Dr. *Rudolf Redepennig*. 94 Pfleger, 79 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1901. Geschlossene Anstalt. Psychiatrischer Außendienst.

Magdeburg

Nervenklinik des Krankenhauses **Sudenburg** Leipziger Str. 44.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 55 m., 46 w., Zugänge im Jahre 1936 1025 m., 943 w., Abgänge 970 m., 897 w., darunter Todesfälle 111 m., 143 w. Zahl der Plätze 135. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Prof. Dr. *Fünfgeld*, Oberarzt Dr. *Hille*, 3 Ärzte. Pflegepersonal 13 m., 14 w. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Beratungsstelle für psychisch Kranke,

Digitized by Google

Nervenkranke, Trunksüchtige und abnorme Kinder der Stadt Magdeburg. Sämtliche physikalische, medikamentöse und psychotherapeutische Methoden stehen zur Verfügung. Arbeitstherapie.

Mainkofen (Niederbayern)

Kreis-Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Pankhofen.

160 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 464 m., 319 w., Zugänge im Jahre 1936 226 m., 168 w., Abgänge: 212 m., 167 w., darunter Todesfälle 18 m., 23 w. 800 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor Ob. Med. Rat Dr. *Reiß*; Med. Rat I. Kl. Dr. *Schapfl*; Oberarzt Dr. *Michel*; auf Dienstvertrag angestellte Ärzte: Dr. *Horben*, Dr. *Müller*, Dr. *Haack*, Dr. *Fritsch*; Volontärarzt Dr. *Höpt*. 76 Pfleger, 38 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung, Familienpflege.

Mainz (Hessen)

Psychiatrische Abteilung des Städtischen Krankenhauses Langenbeckstr. 1.

55 Plätze. 2 Pflegeklassen. Prof. Dr. *Deusch*, Direktor des Krankenhauses und Vorstand der Klinik für innere und Nervenkrankheiten; Assistenzarzt Dr. *Kraft*. 2 Schwestern, 2 Pfleger. Geschlossene Abteilung.

Malente-Gremsmühlen, Haus Schönow

Heilstätte für Nervenkranke. Ebst. Malente-Gremsmühlen (Holsteinische Schweiz).

3 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 5 m., 7 w., Zugänge im Jahre 1936 226 m., 168 w., Abgänge 221 m., 164 w., darunter Todesfälle 1 m. 110 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor Medizinalrat Dr. *Ernst Neumann*, 2. Arzt Dr. *Adolf Hoppe*, Facharzt für Nervenkrankheiten. 1 Pfleger. 3 Pflegerinnen. Offene Anstalt. Ausgedehnte Beschäftigungstherapie.

Marburg a. d. L.

1. Psychiatrische und Nervenklinik der Universität.

2 ha 4536 qm. Zahl der Kranken am 23. 1. 1937: 42 m., 38 w., Zugänge im Vorjahre 643 m., 363 w., Abgänge 636 m., 369 w., darunter Todesfälle 8 m., 5 w. 100 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Univ.-Prof. Dr. *Ernst Kretschmer*, Oberarzt a. o. Prof. Dr. *Friedrich Mauz*, Ass.-Ärzte: a. o. Professor Dr. *Willi Enke*, Dr. *Schoenen*, Dr. *Schlunk*. 26 Pflegepersonal. Gegründet 1920. Offenes neurologisches Krankenhaus mit geschlossener Abteilung. Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke.

2. Landes-Heilanstalt, kommunalständische Heilanstalt für Geisteskranke des Reg.-Bez. Kassel (einschließl. Waldeck), mit offenen Abteilungen für Psychisch-Nervöse. Ebst. Marburg Süd- und Hauptbahnh.

Digitized by Google

50 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 265 m., 310 w., Zugänge im Vorjahr: 207 m., 217 w., Abgänge: 197 m., 209 w., darunter Todesfälle 29 m., 49 w. 600 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor: Prof. Dr. *Langelüddecke*; Oberärzte: Dr. *J. Giese*, Dr. *Ch. Krämer*, Dr. *W. Troeltsch*, Dr. *L. Gotthold*; Ass.-Arzt *Linder*. 45 Pfleger, 60 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1876. Seit 1920 Fertigstellung einer bes. Universitäts- u. Nervenklinik, Trennung von Anstalt u. Klinik, die seit 1876 miteinander verbunden waren. Der Direktor hält nach wie vor Vorlesungen für Juristen u. Mediziner. Beratungsstelle. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Mariaberg bei Mägerkingen (Württemb.)

Heil- und Pflegeanstalt f. Schwachsinnige.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 134 m., 65 w., Zugänge im Vorjahr: 7 m., 5 w., Abgänge 10 m., 3 w., darunter 2 m. Todesfälle. 200 Plätze. 3 Verpflegklassen. Leiter: Direktor Karl Wacker. Arzt: Med. Rat Dr. *Burkarth* in Hammerlingen. 14 Pflegepersonal. Geschlossene Anstalt. Gründung 1847.

Maria-Veen (Krs. Borken i. Westf.)

Sanatorium Heidehof, Heilstätte für Alkohol- und Nervenkranke.

40 Plätze. 2 Verpflegklassen. Direktor P. Ströhle. Arzt Dr. *Benson*. Eröffnet am 15. Juni 1928. Offene Anstalt.

Marienhaus siehe Wassenberg

Markgröningen (Württemberg)

Landesfürsorgeanstalt für geistesschwache, geisteskranke und hilfsbedürftige geistig normale Personen. Ebst. Asperg.

57 ha. Zahl der Insassen am 1. 1. 1937: 266 m., 150 w., Zugänge im Vorjahr 176 m., 13 w., Abgänge 149 m., 21 w., davon Todesfälle 21 m., 9 w. 425 Plätze. 1 Verpflegklasse. Anstaltsarzt: Dr. *Zerweck*. 3 Pfleger, 4 Pflegerinnen. Gegründet 1897. Halbgeschlossene Anstalt.

Marsberg (Provinz Westfalen)

1. Provinzialheilanstalt für Geistes- und Nervenkranke. Ebst. Marsberg.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 475 m., 316 w., Zugänge im Vorjahr 234 m., 84 w., Abgänge 103 m., 116 w., davon Todesfälle 24 m., 10 w. 819 Anstaltsplätze, 2 Verpflegklassen. Ärzte: Provinzialobermedizinalrat Dr. *Kaldewey*, Direktor; Medizinalrat Dr. *Langer*, Oberarzt Dr. *Römmelt*; Anstaltsärzte Dr. *Daldrup*, Dr. *Schneider*; Assistenzärzte Dr. *Wiesner* und

Digitized by Google

Dr. *Oehler*. 117 Pflegepersonal, davon 48 Ordensschwestern. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen. Psychiatrischer Außendienst, Familienpflege.

2. Provinzialheilanstalt St. **Johannes-Stift** für jugendliche Schwachsinnige und Psychopathen.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 624 m., 248 w., Zugänge im Vorjahr 224 m., 14 w., Abgänge 86 m., 40 w., darunter Todesfälle 26 m., 14 w. 933 Plätze, 2 Verpflegklassen. Direktor und Ärzte wie oben. 97 Pflegepersonal, davon 56 Ordensschwestern. — Die Provinzialheilanstalten Marsberg betreuen Beratungsstellen in den Kreisstädten Paderborn, Höxter, Warburg, Büren, Brilon und Wittgenstein.

Meitingen b. Augsburg

Johannesheim, Heilanstalt für männliche Trinker und Süchtige. Ebst. Meitingen b. Augsburg.

14 Tagewerk. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 16 m., Zugänge 40 m., Abgänge 24 m.. 40—50 Plätze. 3 Verpflegklassen. Caritasdirektor: Johannes Star in Augsburg, Georg Huber, Hausvater. Arzt: Obermedizinalrat Dr. *Pfannmüller* v. Städt. Gesundheitsamt. 4 Pflegerinnen. Offene Anstalt mit halbgeschlossener Abteilung. Beratungsstelle für Trunksüchtige. Planmäßige Arbeitstherapie, belehrende Vorträge, Sportübungen, Ausflüge. Katholische Leitung der Christkönigsgesellschaft vom Weißen Kreuz. Besitzer: St. Johannisheim in Augsburg. — Mit der Anstalt verbunden ist ein Pflegeheim für verwahrungsbedürftige Alkoholiker ohne eigentliche Heilungsaussicht.

Merxhausen (Hessen-Nassau)

Landesheilanstalt namentlich für weibliche Geisteskranke Ebst. Sand (Kleinbahn Wilhelmshöhe-Naumburg).

807 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 19 m., 856 w., Zugänge im Vorjahr: 6 m., 132 w., Abgänge 7 m., 135 w., darunter Todesfälle 2 m., 47 w. 885 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Dr. med. *Malcus*, Direktor u. Landesmedizinalrat; Dr. med. *Berge*, Oberarzt; Dr. med. *Schmitz*, Oberarzt. (Die Stelle des I. Oberarztes u. Stellvertreters des Direktors ist z. Zt. unbesetzt.) 5 Oberpflegerinnen, 2 Pfleger und 104 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt. Beratungsstelle, psychiatrischer Außendienst, Familienpflege. Eine Arbeiterkolonie für den landwirtschaftlichen Betrieb mit 20 Männern ist angeschlossen.

Merzig a. d. Saar

Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke. Ebst. Merzig.

92 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 422 m., 444 w., Zugänge im Vorjahr 201 m., 203 w., Abgänge 170 m., 183 w., darunter Todesfälle 18 m.,

Digitized by Google

33 w. Etatsmäßige Belegziffer 860. Ärzte: Dr. *Emil Ennen*, Direktor; Dr. *Emil Weidner*, Dr. *Wilhelm Gangloff*, Oberärzte; *Julius Barthel*, Dr. *Elli Leismann*, Assistenzärzte. 73 Pfleger und 72 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1876. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Meseritz-Obrawalde (Grenzmark Posen-Westpreußen)

Psychiatrische Abteilung der **Landes**krankenanstalten. Ebst. Meseritz.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 425 m., 352 w., Zugänge im Vorjahr 141 m., 138 w., Abgänge 123 m., 134 w., darunter Todesfälle 24 m., 26 w. 800 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Leitender Arzt der psychiatrischen Abteilung: Oberarzt Dr. *Meumann* (i. V.); Oberärztin Dr. *Wernicke*, Oberarzt Dr. *Mönnich* und Assistenzarzt *Lutz*. 120 Pflegepersonal. Geschlossene Anstalt. Gegründet 1904 als Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt der Provinz Posen wurde Obrawalde am 1. 10. 1922 Landes-Heil- und Pflegeanstalt, dann Landeskrankenanstalten Meseritz-Obrawalde (Direktor i. V. Dr. *Henrard*) und beherbergt in sich neben der psychiatrischen Abteilung für Nicht-Geisteskranke: 1 Altersheim, 1 Entbindungsanstalt, 1 Frauenklinik, 1 Lungenheilstätte, 1 Säuglingsheim, 1 Kinderheim für tub. gefährdete Kinder, 1 orthopädische Abteilung, 1 innere und neurologische Abteilung und 1 Strahleninstitut.

Moritzburg i. Sa.

1. **Brüderanstalt,** Abt. Erziehungs- und Pflegeheim. Ebst. Moritzburg, Bez. Dresden.

110 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 306 m., 48 w. einschl. Fürsorgeerziehung und Erziehungsfürsorge. Zugänge im Jahre 1936: 193 m., 57 w., Abgänge 179 m., 47 w. 310 m., 50 w. Plätze. 1 Verpflegklasse. Rektor: Pfarrer Erich Knabe. Ärzte: z. Z. vakat, Psychiater, prakt. Arzt *P. Milenz*. Pflege- u. Erziehungspersonal: 55. Halboffene Anstalt Familienpflege. Die Anstaltseinrichtung ist eine gemischte Erziehungs- und Pflegeanstalt. Ausgedehnte Arbeitsmöglichkeiten in eigenen Landwirtschaften. Das Pflegeheim Röderhof (Arnsdorfer Filiale) wird ärztlich von Reg. Med. Rat Dr. *Künzel* versorgt. Die Brüderanstalt Moritzburg e. V. widmet sich der Erziehung und Pflege hilfsbedürftiger Kinder und Erwachsener und bildet Diakonen aus (Diakonenschule). Heime für Sorgenkinder sind dem Landesverband der Inneren Mission Sachsens angeschlossen.

2. **Heilstätte Seefrieden** des Vereins Sächsische Volksheilstätte für Alkoholkranke. Ebst. Moritzburg Bez. Dresden.

11,6 ha Feld und Wiesen, 3,5 ha Wald. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 50 m., 2 w., Zugänge im Jahre 1936 131 m., 2 w., Abgänge 129 m., 5 w. Plätze 60 m., 5 w. 1 Verpflegklasse. Verwaltungsdirektor August Ostermann. Arzt Dr. *Hörmann*, Anstaltsarzt und Facharzt f. Nerven- u. Gemütskranke. 1 Pfleger, 1 Pflegerin. Offene Anstalt (therapeutisch: Diät, naturgemäße Lebensweise, Bäder im Hause und im Waldteich. Großer,

Digitized by Google

mitten im Walde gelegener Sportplatz. Psychotherapie, Beschäftigung und evtl. Medikamente). Hausguttemplerloge. Hauszeitung für frühere Patienten. Gründungsjahr 1903.

Mosbach (Baden)

Privat-Erziehungs- und Pfleganstalt für Geistesschwache, bes. Jugendliche. Ebst. Mosbach (Baden).

Bestand am 1. 1. 1937: 236 m., 135 w., Zugänge 1936: 59 m., 22 w., Abgänge: 11 m., 6 w., Todesfälle: 4 m., 2 w. 400 Plätze. Dir. Pfr. Robert Wilckens; Arzt: Amtsarzt Med. Rat. Dr. *Fr. Obländer*. 8 Pfleger, 26 Schwestern, 6 Kindergärtnerinnen. Offene Anstalt. Gegründet 1880.

Mühlhausen a. N. (Schloß)

Heil- und Erziehungsinstitut für seelenpflegebedürftige Kinder. Ebst. Stuttgart.

3 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 16 m., 9 w., Zugänge im Jahre 1936: 6 m., 2 w., Abgänge: 4 m., 2 w. 30 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leiter: Dr. Franz Geraths, Stud. Ass.; Arzt: Dr. med. *E. Schickler*. 2 Pfleger, 3 Pflegerinnen. Offene Anstalt. Enge Zusammenarbeit zwischen Arzt und Erzieher (Lehrer).

München (Bayern)

1. Psychiatrische und Nervenklinik der Universität.

9500 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 111 m., 154 w., Zugänge im Vorjahr 1700 m., 1224 w., Abgänge 1701 m., 1181 w., darunter Todesfälle 118 m., 119 w. 288 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor: Geh. Med. Rat Prof. Dr. *Oswald Bumke*; Dr. *Max Mikorey*, Dr. *Karl Heinz Stauder*, Dr. *Alfred Bannwarth*, Dr. *Vult Ziehen*, Dr. *Hermann Greving*, Dr. *Franz Gerhards*, Dr. *Theodor Struppler*, Dr. *Max Burger*, *Walter Limges*, *Ferdinand Schmid*, Dr. *Carl Kluth*, Dr. *Wilhelm Breitenbach*, Dr. *Hildegard Bitterauf*, *Heinrich Lange*, Dr. *Reinhard Formanek*, *Otto Heinz Adam*, Dr. *Rudolf Römer*, Dr. *Eduard Stark*. Die planmäßige Oberarztstelle wurde nb. as. Prof. Dr. *Eduard Beck* (Fankfurt a. M.) zunächst vertretungsweise übertragen. 48 Schwestern, 36 Pfleger, 19 Hilfspflegerinnen. Erbaut 1902—04 als Psychiatrische Universitätsklinik. Erster Direktor Prof. Dr. *Emil Kraepelin*, 1904—1922. Seit 1. 4. 1924 Psychiatrische und Nervenklinik, Direktor Prof. Dr. *Oswald Bumke*. Geschlossene psychiatrische Abteilungen, offene Nervenabteilungen. Roentgen-Abteilung. Anatomisches, serologisches und chemisches Laboratorium. Arbeitstherapie-Werkstätten. Poliklinik: Sprechstunden und Beratungsstelle für Nerven- und Gemütskranke.

2. Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie. Kaiser Wilhelm Institut in München, Kräpelinstr. 2.

Die Leitung hat jeweils auf einige Jahre einer der Abteilungsdirektoren, seit April 1931 Prof. *Rüdin*. Die Abteilungen sind folgendermaßen besetzt: Prof. Dr. *Scholz*, hirnpathologisches Institut, Assistent Dr. *Pe-*

Digitized by Google

ters. Vakant: Institut für Serologie und experimentelle Therapie. Prof. Dr. *Ernst Rüdin*, Institut für Genealogie und Demographie, Assistenten: Dr. *Schulz*, Prof. Dr. *Luxenburger* (Medizinalstatistiker), Fräulein Dr. *Juda* (von der Regierung von Schwaben und Neuburg als Assistent angestellt), Dr. *Lang*. Prof. Dr. *Franz Jahnel*, Institut für Spirochaetenforschung. Prof. Dr. *Kurt Schneider*, klinisches Institut siehe unter 3., Assistent: Dr. *Werner Scheid.*

Die Forschungsanstalt ist das Werk *Emil Kraepelins*; sie wurde im Jahre 1917 durch eine Stiftung gegründet. Im Jahre 1918 wurde sie in den Laboratorien der psychiatrischen Klinik eröffnet, 1924 in den Verband der Kaiser Wilhelm Institute aufgenommen und erhielt 1928 durch die Rockefellerstiftung einen eigenen Institutsbau.

3. Psychiatrische Abteilung des **städt.** Krankenhauses München-Schwabing und **Klinisches Institut** der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie (Kaiser Wilhelm-Institut) in München Kölner Platz 1.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 34 m., 55 w., Zugänge im Jahre 1936 712 m., 893 w., Abgänge 708 m. (darunter 68 Todesfälle), 890 w. (darunter 73 Todesfälle). 140 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Städt. Chefarzt und Direktor des Instituts Professor Dr. *Kurt Schneider.* Städt. Ärzte: Oberarzt Dr. *Karl Friedrich Scheid*, Dr. *Hans Hesse*, Dr. *Max Kaess*, Dr. *Ludwig Baumer.* Arzt am Klinischen Institut: Dr. *Werner Scheid.* 15 Ordensschwestern, 11 Pfleger, 8 Hausmädchen. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen. Gegründet 1922.

4. Psychiatrische Abteilung des **Strafgefängnisses München,** Stadelheimerstr. 12.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 14 m., 4 w., Zugänge im Jahre 1936: 106 m., 23 w., Abgänge 98 m., 20 w. Plätze 18 m., 12 w. Nur Untersuchungsgefangene. Leitender Arzt: Ober-Med. Rat u. Landgerichtsarzt Dr. *H. Vogler*; Hilfsarzt Dr. *Lothar Gerweck.* 7 Pfleger. 2 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt.

5. **Heckscher** Nervenheil- und Forschungsanstalt, München 23, Heckscherstr. 9 (gestiftet durch A. Heckscher, New York) 1923.

Neubau 1929, offene Anstalt für Nerven- u. Hirnkranke jeder Art. Besonderes Forschungs- u. Behandlungsgebiet: Folgen umschriebener Hirnschädigungen. Übungs- u. Arbeitstherapie; heilpädagog. Abteilung für Kinder, Internat und Tagesheim, Schulen- und Arbeitsstätten. 60 Plätze. Zahl der Zugänge 1936: 121, Zahl der Abgänge 122, Stand am 31. 12. 1936: 51. Heilpädagogische Beratungsstelle in Gemeinschaft mit der Universitäts-Kinderklinik (in der Universitäts-Poliklinik, Pettenkoferstr. 8a, 1 mal wöchentlich). Chefarzt: Prof. Dr. *Max Isserlin.* Ärzte: Dr. *Maria Weber*, 2 Volontärärztinnen. Psychologin: Dr. *M.* Gräfin *v. Kuenburg.*

Digitized by Google

6. Sanatorium **Neufriedenheim** für Nerven- und Geisteskranke in München, Fürstenriederstr. 155.

12 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 20 m., 28 w., Zugänge im Vorjahr: 65 m., 36 w., Abgänge: 54 m., 52 w., darunter Todesfälle: 3 m., 3 w. Ärzte: Geh. San.-Rat Dr. *Ernst Rehm*, Bes. und Leiter; Dr. *Otto Rehm*, Dr. *Leo Baumüller*, Dr. *Hilde Baumüller*. 6 Pfleger, 20 Pflegerinnen. Gegründet 1891. Neu- u. Umbauten 1911—1913. Offene Anstalt mit geschlossener Abteilung.

7. **Sanatorium Obersendling,** München 44, Wolfratshauserstraße 88. 1. Privatklinik für Nerven- und Gemütskranke. 2. Offenes Sanatorium für Nervöse. Entziehungskuren. Ebst. München.

5,7 ha in München, 65 ha im Bauernhof Weipertshausen (Starnberger See). Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 8 m., 34 w. Zugänge im Vorjahre 132, Abgänge 125, darunter Todesfälle 4. 50 Plätze. 1 Verpflegklasse. Besitzer und Direktor Geh. San.-Rat Dr. *Karl Ranke*, Oberarzt Dr. *Max Steger*, Assistenzarzt *Hans Strobel*. 3 Oberinnen, 27 Krankenschwestern, 1 Heilgymnastin, 1 Werklehrerin. Gründungsjahr 1893.

München-Gladbach (Reg.-Bez. Düsseldorf, Rheinprovinz)

1. **Alexianer-Heil- und Pflegeanstalt für männl. Geisteskranke,** Ebst. M.-Gladbach.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 337, Zugänge im Vorjahr: 36, Abgänge 40, darunter Todesfälle 21. 355 Plätze. 2 Verpflegklassen. Leitender Arzt Dr. *Gottfried Kentenich*, II. Arzt Med. Rat Dr. *Paul Jacobi*. Pflegepersonal 33 Alexianer-Brüder, 4 weltl. Pfleger. Gründungsjahr 1869. Geschlossene Anstalt.

2. **Hephata,** Evang. Bildungs- und Pflegeanstalt für Schwachbegabte, Epileptiker und Geisteskranke.

Bestand am 1. 1. 1937: 697 m., Zugang 1936: 92 m., Abgang 43 m., darunter Todesfälle 17. 700 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor: Pfarrer A. Nell. Arzt: Dr. med. *Kröber*. 20 Pfleger. 25 Schwestern. Gegründet 1858.

Dazu gehörig: Berninghof b. Mettmann (am 1. 1. 1937 eingerichtete landwirtschaftliche Abteilung).

200 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor Pfarrer A. Nell, Arzt Dr. med. *Kröber*. Hausvater: Diakon W. Krebs. Korrespondenz durch Hephata M.-Gladbach, Postfach 409.

3. **St. Josefshaus,** Pflegeanstalt der caritativen Vereinigung Köln-Nippes für epileptische und schwachsinnige Knaben. Ebst. M.-Gladbach.

Digitized by Google

Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 271, Zugänge im Jahre 1936: 41, Abgänge 30, darunter Todesfälle 13. Plätze 300. 1 Verpflegklasse. Leitender Arzt Dr. *Bartholomé* in Hardt. 35 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt.

Münchshöfen-Bad (Niederbayern, Pfalz)

Pflegeanstalt **Antoniusheim** für nicht mehr gefährliche Schwachsinnige. Ebst. Wallensdorf, Bez. Straßkirchen b. Straubing.

8 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 2 m., 180 w., Zahl der Zugänge im Vorjahr 1 m., 11 w., der Abgänge: 3 w., darunter Todesfälle 3 w. 200 Plätze. 2 Verpflegklassen. Leiter: Georg Stelzer; Ärzte: Dr. *H. Weber*, Sanitätsrat; Dr. *Schopfl*, Med. Rat, Psychiater. 18 Pflegepersonal. Geschlossene Anstalt.

Münster (Westf.)

1. Psychiatrische und Nervenklinik d. **Universität.**

18200 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 51 m., 45 w., Zugänge im Jahre 1936: 1233 m., 667 w., Abgänge 1276 m., 706 w., darunter Todesfälle 36 m., 15 w. 154 Plätze. Direktor Prof. Dr. *Ferdinand Kehrer*; Oberarzt Dozent Dr. *Wilhelm Klimke*, pl. Ass. Dr. *Berthold Wichmann*, Dr. *Inge Steinmann*, Dr. *Erwin Kötter*, apl. Ass. Dr. *Hubert Cordel*, Hilfsärzte Dr. *Franz Öhler*, Dr. *Heinz Engelhardt*, Volontärärzte Dr. *Wilhelm Schwarte*, Dr. *Hans Nachtweg* und 5 Medizinalpraktikanten. Besucherzahl der Poliklinik im Jahre 1936: 3996.

2. **Provinzial**heilanstalt für Geisteskranke. Münster i. W.

178 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 488 m., 488 w., Zugänge im Vorjahr: 252 m., 279 w., Abgänge: 252 m., 197 w. 966 Plätze. 2 Verpflegklassen. Direktor: Dr. *H. Schnitker*, Prov.-Obermedizinalrat; stellvertr. Direktor: Dr. *F. Wernicke*, Med.-Rat. Oberärzte: Dr. *J. Cordes*, Dr. *Hegemann*, Obermedizinalrat, Dr. *H. Korbsch*, a. o. Professor für Psychiatrie an der Universität Münster, Dr. *H. Holthaus*, Dr. *H. Klessner*. Assistenzarzt: *Gertrud Wember*. 68 Pfleger, 3 Pflegerinnen, 88 Schwestern. Gründungsjahr 1878. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung, Familienpflege.

3. Beobachtungsabteilung im Münster **Zuchthaus.**

Zahl der Kranken am 1. 1. 1936 31 m., Zugänge im Jahre 1936: 77 m., Abgänge: 78 m., darunter Todesfälle 2 m. Anstaltsplätze 55. 1 Verpflegklasse. Strafanstaltsdirektor Schmidt; Ärzte: Prof. *Többen*, Dr. *Bunsmann*. Pflegepersonal: 8 m. Geschlossene Anstalt.

Mupperg (Krs. Sonneberg, Thüringen)

Kreisversorgungsheim u. Abtlg. für leichte Geisteskranke. Ebst. Mupperg., Heubisch-Mupperg.

Digitized by Google

$2^1/_2$ ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 59 m., 79 w., Zugänge im Jahr 1936: 3 m., 11 w., Abgänge: 4 m., 15 w., darunter Todesfälle 3 m., 7 w. Plätze: 140. 1 Verpflegklasse. Hermann Kirchner, Haus-Inspektor. Arzt: Dr. med. *Dörr*, prakt. Arzt in Oberlind. 2 Pfleger, 2 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Muskau-Bad (Oberlausitz)

Sanatorium Parkhaus. Ebst. Muskau O. L.

10 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: —, da im Winter geschlossen. Zugänge bis 1. 10. 1936: 12 m., 48 w., Abgänge: 12 m., 48 w. darunter Todesfälle: 1 m., 1 w. 30 Plätze: 1 Verpflegklasse. Arzt: Dr. *Wolf Halter*. 1 Pfleger, 1 Pflegerin. Offene Anstalt.

Nassau a. d. Lahn

Kurhaus Bad Nassau, Sanatorium für Nerven- und innere Kranke. Ebst. Nassau (Lahn).

1,29 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 7 m., 18 w., Zugänge im Vorjahr: 142 m., 147 w., Abgänge: 141 m., 143 w., darunter Todesfälle: 2 m., 1 w. 120 Plätze. Ärzte: Leitender Arzt: Dr. *Rudolf Fleischmann*; Dr. *Kurt Knabe* (Innere Abteilung). Kaufm. Direktor: Julius Walter Münker. 2 Schwestern. Offenes Haus.

Nastätten (Kreis Goarshausen)

Kaiser Wilhelm-Heim für Geisteskranke, Magdalaabteilung. Ebst. Nastätten i. T.

Zahl der Kranken am 1. 1. 36: 15 w., Zugänge 4 w., Abgänge: 3 w., darunter Todesfälle 1 w. Plätze 16. 1 Verpflegklasse. Arzt: Dr. *Wolff* in Katzenelnbogen. 2 Schwestern. Offene Anstalt.

Neinstedt am Harz (Prov. Sachsen)

Elisabethstift, Heilerziehung- und Pflege-Anstalt der inneren Mission mit Hilfsschule (9 Klassen) und Lehrbetrieben für **Schwachsinnige** und **Epileptiker** beiderlei Geschlechts und jeden Alters. Zweiganstalten in **Thale** am Harz und **Schloß-Detzel** bei Neuhaldensleben. Ebst. Neinstedt.

143 Morgen. Zahl der Kranken: 451 m., 339 w. 800 Plätze. 2 Verpflegungsklassen. Leitender Anstaltsgeistlicher: Hans Sommerer. Anstaltsarzt: Dr. *Hermann Nobbe*. 140 Diakone, Diakonissen und Angestellte. Gegründet 1861 als milde Stiftung. Geschlossene Anstalt.

Neubabelsberg b. Potsdam (Prov. Brandenburg)

Sanatorium Neubabelsberg für **Nerven-** und **Gemütskranke.** Ebst. Neubabelsberg.

Digitized by Google

35 Morgen. 40 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Leitender Arzt Dr. *Richard Sinn*; Dr. *Arnold Kloth*. 18 Pfleger und Schwestern. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Neuemühle-Niederzwehren (Reg. Bez. Kassel)

Privat-**Sanatorium** für Geisteskranke. Ebst. Kassel-Niederzwehren.

24 Morgen. 60 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leitender Arzt: Doz. Dr. med. Dr. phil. *Kurt Westphal*; Dr. *Thea Störtkuhl*. 4 Pfleger, 4 Pflegerinnen. Offene Anstalt mit geschlossener Abteilung. Psychotherapie, Entziehungs-, Dauerschlaf,- Fieber- und organ.-therapeutische Kuren.

Neuendettelsau (Mittelfranken)

Für alle **Neuendettelsauer** Pflegeanstalten Direktor: Pfarrer Ratz, Chefarzt: Dr. med. et phil. *Boeckh* in Neuendettelsau-Mittelfranken. Ebst. daselbst.

Pflegeanstalt I für weibliche Schwachsinnige, Epileptische u. Geisteskranke im Endzustand, in Neuendettelsau.

1,2 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 180 w., Zugänge im Jahre 1936: 23 w., Abgänge: 12 w., darunter Todesfälle: 1 w. 192 Plätze. 2 Verpflegklassen. Assistenzärztin: Frl. Dr. *Zeiler*. 34 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt.

Pflegeanstalt II für weibliche Schwachsinnige, Epileptische u. Geisteskranke im Endzustand, in Neudettelsau.

1,2 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 162 w., Zugänge im Jahre 1936: 15 w., Abgänge 88 w., darunter Todesfälle: 6 w. 94 Plätze. 2 Verpflegklassen. Assistenzärztin: Frl. Dr. *Zeiler*. 11 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt.

Himmelskron, Oberfranken. Ebst. Himmelskron. Pflegeanstalt I für weibliche Schwachsinnige, Epileptische u. Geisteskranke im Endzustand, in Himmelskron.

1,8 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 156 w., Zugänge 1936: 17 w., Abgänge: 10 w., darunter Todesfälle: 4 w. 163 Plätze. 2 Verpflegklassen. 4 Pfleger, 26 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt.

Pflegeanstalt II für weibliche Schwachsinnige, Epileptische u. Geisteskranke im Endzustand, in Himmelskron.

0,5 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 103 w., Zugänge im Jahre 1936: 10 w., Abgänge: 8 w., darunter Todesfälle: 4 w. 106 Plätze. 2 Verpflegklassen. 1 Pfleger, 19 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt.

Digitized by Google

Engelthal, Mittelfranken. Neuendettelsauer Heim für Schwachsinnige, Epileptische u. Geisteskranke im Endzustand. Ebst. Henfenfeld.

10,9 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 122 m., 46 w., Zugänge 1936: 20 m., 106 w., Abgänge: 42 m., 18 w., darunter Todesfälle: 13 m., 16 w. 246 Plätze. 2 Verpflegklassen. Arzt: Dr. *Geng*-Hersbruck. 12 Pfleger, 39 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt.

Polsingen-Mittelfranken. Pflegeanstalt für weibliche Schwachsinnige, Epileptische u. Geisteskranke im Endzustand. Ebst. Ottingen, Ries.

11,2 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 171 w., Zugänge im Jahr 1936: 3 w., Abgänge 4 w., darunter Todesfälle: 2 w. 170 Plätze. 2 Verpflegklassen. Arzt: Dr. *Hoffmann*, Heidenheim. 13 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt.

Derselben Direktion in Neuendettelsau unterstehen auch die Pflegeanstalten für männliche Schwachsinnige, Epileptische und Geisteskranke im Endzustand in Bruckberg bei Ansbach (600 Betten) und ab Mai 1937 die Pflegeanstalt „Heimat" in Polsingen bei Öttingen. (130 Betten). Die große Zahl der Zu- und Abgänge im Jahre 1936 ergibt sich aus zahlreichen Verlegungen.

Kurheim Friedenshort. Ebst. Neuendettelsau, Mittelfranken. Leitung: Chefarzt Dr. med. et phil. *Boeckh*, Neuendettelsau.

2 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: — Eröffnet 6. 4. 1936. Zugänge im Jahre 1936: 97 w., Abgänge 53 w., darunter Todesfälle: 4 w. — Plätze bis Mai 1937: 50, dann 86. 2 Verpflegklassen. Besitzer: Diakonissenhaus Neuendettelsau. Hausärztin: Frl. Dr. *G. Zeiler*. 1 Pfleger, 12 Diakonissen. Geschlossene Anstalt mit offener und einer medizinischen Abteilung. Beratungsstelle für Nervenkranke. Klinisches Mittelstands-Sanatorium.

Neuerkerode (Braunschweig)

Neuerkeroder Anstalten für Schwachsinnige und Epileptiker, Anstalten der inneren Mission. Post Sickte.

375 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 261 m., 230 w., Zugänge 1936: 35 m., 20 w., Abgänge: 24 m., 23 w., darunter Todesfälle: 12 m., 8 w. 520 Plätze. 1 Verpflegklasse. Anstaltsleiter: Kirchenrat Ludwig Beyer. Anstaltsarzt: Dr. med. *Georg Ittel*. 54 Pflegepersonal, dazu Lehrer und Hilfspersonal, auch Handwerker, Landwirte usw. Gegründet 1868 durch Pastor H. Stutzer. Offene Anstalt. Psychiatrischer Außendienst. Die Anstalten haben zwei Filialen: den Burschenhof in Niedersickte und den Heerberg in Erkerode. Das Spezialarbeitsgebiet ist die Ausbildung schwachsinniger Kinder in den sogen. Bildungsanstalten für schwachsinnige Schulkinder (Hilfsschule).

Digitized by Google

Neufriedenheim siehe München 6

Neuhaldensleben (Reg. Bez. Magdeburg)

Landesheilanstalt für Geisteskranke. Ebst. Neuhaldensleben.

188 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 419 m., 489 w., Zugänge im Vorjahr 246 m., 338 w., Abgänge 244 m., 263 w., darunter Todesfälle 47 m., 80 w. 1020 Plätze. 1 Verpflegungsklasse. Ärzte: Direktor: Obermedizinalrat Dr. *August Metz*; stellv. Direktor: Provinzial-Obermedizinalrat Dr. *Oskar Reimann*; Provinzial-Med.-Räte Dr. *Hans Hoffmann*, Dr. *Uwe Hinrichs*, Dr. habil. *Hans Froböse*; Anstaltsärzte: Dr. *Friedr. Barnstorf*, *Hans Schaefer*. 84 Pfleger, 79 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt. In Familienpflege am 1. 1. 1937 76 m., 40 w. Eröffnungsjahr 1929.

Neuruppin

Brandenburgische Landesanstalt für Geisteskranke. Ebst. Neuruppin.

251 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 1050 m., 921 w., Zugänge 1936: 202 m., 123 w., Abgänge: 160 m., 123 w., darunter Todesfälle: 79 m., 49 w. 1997 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Herbert Meyer*; I. Oberärzte: Dr. *Bruno Petzsch*, Dr. *Hans Berendes*, Dr. *Paul Syring*; Oberärzte: Dr. Hugo *Grunwald*, Dr. *Paul Schmiz*, Dr. *Franz Polik*; Assistenzärzte: Dr. *Heinrich Hamacher*, *Wilhelm Neuhaus*; Assistenzärztin: *Anna Pehrsson*. 204 Pfleger, 164 Pflegerinnen. Im Mai 1897 eröffnet. Geschlossene Anstalt. Beratungsstelle für schwachbegabte und nervöse Kinder. Psychiatrischer Außendienst in den Kreisen: Ruppin, Ost- und Westprignitz, Osthavelland und Stadtkreis Wittenberge.

Neuß a. Rh.

1. Alexianer-Heil- und Pflegeanstalt für gemüts- und nervenkranke Herren, einschl. Alkoholiker und Morphinisten. Ebst. Neuß.

160 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 775 m., Zugänge im Vorjahr: 220 m., Abgänge 213 m., darunter Todesfälle: 58 m. 800 Plätze. 4 Verpflegklassen. Leiter: Br. Paulus Parensen. Ärzte: Chefarzt Dr. *Ferd. Müller*, Oberarzt Dr. *Struben*, Ass.-Arzt Dr. *Goder*. 80 Pflegepersonal. Offene und geschlossene Abteilungen. Familienpflege.

2. St. Josefskloster Neuß. Privat-Heil- und Heimstätte für weibl. Nervenkranke und seelisch Leidende. Kölnerstr. 23.

23 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 459 w., Zugänge im Vorjahr: 212 w., Abgänge 212 w. 460 Plätze. Leitender Arzt: Nervenarzt Dr. *A. Offermann*. Pflege durch Augustinerinnen. Neuzeitliche Behandlungsmethoden von kollekt. Psychotherapie bis zur Insulinkur. Gegründet 1858. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Digitized by Google

Neustadt i. Holstein (Prov. Schleswig-Holstein)

Landes-Heil- u. Pflegeanstalt. Ebst. Neustadt, Holstein.

130 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 748 m., 703 w., Zugänge 1936: 288 m., 266 w., Abgänge: 267 m., 282 w., darunter Todesfälle: 85 m., 63 w. 1393 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor Dr. *Otto Walther*; stellv. Direktor Oberarzt Dr. *Fritz Kroemer*; Oberärzte: Dr. *Friedrich Struwe*, Dr. *Ingolf Bückmann*; Dr. *Fritz Rücker-Embden*; Dr. *Max Hetzer*; *Karl August Ladendorf*; Dr. *Heinrich Schmidt*. 112 Pfleger, 117 Pflegerinnen, 33 Schwestern. Gründungsjahr 1893. Geschlossene Anstalt. Poliklinik für Diagnostik und Therapie. Psychiatrischer Außendienst. In Familienpflege 59 m., 49 w. Beratungsstelle (auch für das Amt für Volksgesundheit).

Neustadt (Schwarzwald) siehe Seite 118

Niederfell-Kühr (Reg. Bez. Koblenz)

Pflegeanstalt Herz-Jesu-Haus f. weibl. Schwachsinnige. Ebst. Sehmen a. d. Mosel.

40 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 325 w., Zugänge im Vorjahr: 31 w., Abgänge 23 w., darunter Todesfälle: 7 w. 330 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leiterin: Hausoberin, Schwester M. Antonina (Rosa Huhn). Anstaltsarzt: Dr. *Josef Krahe*. 52 Schwestern. Geschlossene Anstalt.

Nieder-Ramstadt bei Darmstadt (Hessen)

Anstalten der Inneren Mission für Epileptische, Schwachsinnige u. Krüppel. Ebst. Nieder-Ramstadt.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 316 m., 245 w., Zugänge 1936: 74 m., 64 w., Abgänge 50 m., 44 w., darunter Todesfälle: 16 m., 16 w. 605 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor: Pfarrer Otto Schneider; leitender Arzt: Dr. *Ernst Georgi*. 23 Pfleger, 27 Pflegerinnen. Offene Anstalt mit geschlossener Abteilung. Gegründet 1900.

Niederreidenbacher Hof (Reg. Bez. Trier)

Pflegeanstalt für Schwachsinnige und Alte, Zweiganstalt der Diakonieanstalten Bad Kreuznach. Ebst. Fischbach-Weierbach, Nahe.

700 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 135 m., 170 w., Zugänge im Vorjahr: 10 m., 13 w., Abgänge: 16 m., 9 w., darunter Todesfälle: 6 m., 5 w. 298 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leiter: Pfarrer Rentrop. (Leiter der Gesamtanstalten: Pfarrer Hanke, Bad Kreuznach). Arzt: Dr. *Coester* in Kirn/Nahe. 13 Diakonissen, 7 Jungbrüder. Offene Anstalt.

Niederzwehren siehe Neuemühle

Digitized by Google

Nöbdenitz (Thüringen)

Privat-Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Gemütskranke **Tannenfeld** bei Nöbdenitz. Ebst. Nöbdenitz.

Bestand am 1. 1. 1936: 13 m., 17 w., Zugänge im Jahre 1936: 43 m., 55 w., Abgänge: 41 m., 58 w., darunter Todesfälle: 1 m., 3 w. Leiter: Dr. med. *Arthur Tecklenburg*. 2. Arzt: Dr. *Ludwig Lemmer*. 2 Pfleger, 6 Schwestern. Gründungsjahr 1899. Offene und halboffene Abteilung für organische und funktionelle Nervenleiden, Neurosen, Alkohol- und Rauschgiftentziehungen; geschlossene Abteilungen für Psychosen aller Art.

Nürnberg (Bayern)

Psychiatrische und Nervenklinik des allg. **städtischen** Krankenhauses.

6327 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 37: 47 m., 59 w. Zugänge im Vorjahr 1529 m., 976 w., Abgänge 1569 m., 1004 w., darunter Todesfälle 139 m., 137 w. 160 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Stadtobermedizinalrat Prof. Dr. *Ulrich Fleck*, Vorstand, Dr. *Karl Heuler*, Oberarzt; Assistenzärzte: Dr. *Franz Steinmeier*, Dr. *Hans Gebhard*, Volontärarzt: Dr. *Rudolf Kreuzeder*, Med. Prakt.: *Therese Bergmann*. 15 Pfleger, 14 Schwestern. Gründungsjahr 1897. Geschlossene und offene Abteilungen. Psychiatr. Außendienst wird durch die Außendienststelle der Heil- und Pflegeanstalt Erlangen betätigt.

Oberhausen (Reg. Bez. Düsseldorf)

St. Vincenz-Haus der Dominikanerinnen, Heil- und Pflegeanstalt für schwachsinnige Kinder und reifere Mädchen in Oberhausen, Erich König Str. 154/56. Ebst. Oberhausen.

Zahl der Verpflegten am 1. 1. 37: 112 m., 133 w., Zugänge im Vorjahr 36 m., 21 w., Abgänge 10 m., 17 w., darunter Todesfälle 5 m., 6 w. 260 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leiter: die jeweilige Oberin. Anstaltsarzt Sanitätsrat Dr. *Gockel*. 28 Pflegepersonal. Geschlossene Anstalt.

Oberigling-Holzhausen (Reg. Bez. Oberbayern)

Magnusheim, Privatanstalt f. schwachsinnige Mädchen. Post Oberigling bei Landsberg (Lech).

3 ha zum Anstaltsbetrieb, daneben 60 ha zum Landwirtschaftsbetrieb. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 228 w., Zugänge im Jahre 1936: 36 w., Abgänge: 29 w., darunter Todesfälle 1 w. 240 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leiter: J. Höringer, Direktor d. I. E. Wagnerschen Wohltätigkeitsanstalt, Dillingen. Arzt: Dr. *Gg. Mayer*, Landsberg; fachärztliche Betreuung durch Med.-Rat Dr. *Hölzl* in Eglfing-Haar. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Obernigk b. Breslau

1. Privatklinik **Lewaldsche Kuranstalt,** Sanatorium für

Digitized by Google

Nerven- und innerlich Kranke sowie Rekonvaleszenten. **Ebst. Obernigk, Bez. Breslau.**

6 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 37: 21 m., 22 w., Zugänge im Vorjahre 63 m., 84 w., Abgänge: 63 m., 91 w., darunter Todesfälle 1 m., 1 w. 60 Plätze. 3 Verpflegklassen. Leitender Arzt: Prof. Dr. *Kurt Berliner*; Ass. Ärztin: Dr. *Hertha Seidemann*; beratender innerer Mediziner: Dr. *Kurt Friedländer*, Breslau. 2 Pfleger, 5—7 Schwestern. Gründungsjahr 1870. Geschlossene Privatanstalt für psychisch Kranke und offenes Sanatorium für Nerven- und innerlich Kranke sowie Rekonvalescenten in zwei durch Parkanlagen getrennten Gebäuden.

2. Sanatorium Dr. **Sprengel** für Nerven- u. Psychischkranke. Ebst.: Obernigk, Bez. Breslau.

18 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 33 m., 31 w., Zugänge im Vorjahr: 192 m., 145 w., Abgänge: 191 m., 150 w., darunter Todesfälle: 7 m., 13 w. — ca. 100 Plätze. 1 Verpflegklasse. Inhaber: Dr. *Kurt Sprengel*; stellvert. Leiter Ober-Med.-Rat Dr. *Haupt*; Assistenzarzt Dr. *Friedländer*. 20 Pflegepersonal. 2 geschlossene Häuser, 2 offene Villen, 1 offenes „Großes Haus". Familienpflege innerhalb der Anstalt (Angehörige der Patienten). Behandlung von Psychosen, Neurosen, organ. Nervenleiden, Fieber-(Malaria-) und Insulinkuren, Psychotherapie. Spezialität Entziehungskuren, Arbeitstherapie.

Ober-Schreiberhau im Riesengebirge

Sanatorium Kurpark, klimatisch-physikalisch-diätische Kuranstalt Dr. med. I. Haedicke's für Herz- und Nervenkrankheiten. Ebst. Oberschreiberhau.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 12 m., 16 w., Zugänge im Jahr 1936: 150 m., 153 w., Abgänge 146 m., 144 w., darunter 2 Todesfälle. Pflegepersonal: 1 Schwester, 1 Bademeister und Masseur, 1 Bademeisterin und Masseuse. Leitender Arzt: Dr. med. *Joh. Haedicke*, Facharzt f. innere Medizin, Assistenzarzt Dr. *Werner Nottrott*. Ganzjähriger klinischer Betrieb, Freiluftkuren in Haus und Park, medizinische Bäder, Elektrotherapie, Diäten, Psychotherapie.

Obersendling siehe München 7

Obrawalde siehe Meseritz-Obrawalde

Oels (Schlesien)

Haus Salem, Krankenheim für weibliche Epileptische u. leicht Geisteskranke.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 1 m., 7 w., Zugang: 1 w., Abgänge 2 w. 12 Plätze. 1 Verpflegklasse. Behandelnder Arzt: Dr. *Marx*. Leiterin Diakonisse Luia Jack; 1 Schwester. Offene Anstalt.

Digitized by Google

Oeynhausen

Westf. ev. Pflege- und Erziehungsanstalt **Wittekindshof** in Volmerdingen b. Bad Oeynhausen.

164 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 687 m., 509 w., Zugänge im Jahre 1936 m. 74, w. 60, Abgänge: 45 m., 35 w., darunter Todesfälle 24 m., 21 w. Anstaltsplätze 1330. 1 Verpflegklasse. Chefarzt: Dr. *Simon*. Oberarzt: *Schumacher*, Abteilungsarzt: Dr. *Schubert*, Assistenzarzt: Dr. *Schaut*. Zahl des Pflegepersonals 59 m., 50 w. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Familienpflege. Arbeitstherapie in Kolonnen und Werkstätten.

Oldenburg i. O.

Gertrudenheim, Unterrichts- und Pflegeanstalt.

83 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 37: 163, davon 83 m., 80 w. Im Vorjahre 14 Abgänge, darunter durch den Tod 4 w., 8 m. 250 Plätze. 1 Verpflegklasse. Arzt Obermedizinalrat Dr. *Mönch* in Wehnen. Hausvater und Leiter: Diakon Guhlke. 1 Lehrschwester, 1 Handfertigkeitslehrerin, 3 Diakone, 3 Pfleger, 8 Schwestern. Offene Anstalt. Die Anstalt hat den Zweck, schwachsinnigen, blödsinnigen sowie epileptischen Kindern geeigneten Aufenthalt zu gewähren und diese soweit möglich durch angemessene körperliche Pflege, sittlich religiöse Erziehung, planmäßigen Schulunterricht und geordnete Beschäftigung heranzubilden.

Osnabrück (Prov. Hannover)

Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Osnabrück.

95 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 364 m., 242 w., Zugänge im Vorjahr 156 m., 142 w., Abgänge 118 m., 143 w., darunter Todesfälle 19 m., 21 w. 675 Plätze. 1 Verpflegklasse; den Kranken kann aber durch entsprechende Zuzahlung verbesserte Kost gewährt werden. Ärzte: Direktor Dr. med. *Albert Kracke*, Landesober-Med.-Rat; Oberärzte: Dr. med. *Bernhard Jutz*, Landes-Med.-Rat, Dr. med. *Franz Stüvermann*, Dr. med. *Willi Baumert*; Hilfsarzt: Dr. med. *August Meyer-Rogge*. 43 Pfleger, 40 Pflegerinnen, 3 Oberpfleger, 3 Oberinnen. Gründungsjahr 1868. Geschlossene Anstalt. 2 offene Gutsabteilungen. Psychiatrischer Außendienst.

Ottmachhau (Reg. Bez. Oppeln, Oberschlesien)

St. Josefs-Krankenhaus, Abt. für Schwachsinnige u. Epileptiker. Ebst. Ottmachau, O. S.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 20 m., 14 w., Zugänge im Vorjahr: 4 m., 2 w., Abgänge: 1 m., 7 w., darunter Todesfälle: 1 m., 1 w. 50 Plätze. 1 Verpflegklasse. Arzt: Sanitätsrat Dr. *Wodarz*. 5 Pflegepersonal. Offene Abteilung.

Peterswaldau (Eulengebirge-Schlesien)

Sanatorium **Ulbrichshöhe** für innere und Nervenkranke. Ebst. Reichenbach (Eulengeb.)

Digitized by Google

140 Morgen. 70 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leitender Arzt Dr. med. *Curt Ruschke*, Hausarzt Dr. med. *Leo Mosler*. 1 m., 2 w. Pflegepersonal. Offene Anstalt.

Pfafferode b. **Mühlhausen** i. Thür.

Landesheilanstalt. Ebst. Mühlhausen.

265 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 602 m., 668 w., Zugänge im Vorjahr: 229 m., 237 w., Abgänge: 212 m., 257 w., darunter Todesfälle: 63 m., 72 w. 1200 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Prov. Obermedizinalrat Dr. *Fritz Rust*, stellvertr. Direktor Prov. Ober-Med.-Rat Dr. *Kurt Schroeder*, Prov. Med.-Räte: Dr. *Johannes Hofmann*, Dr. *Fridolin Schramm*, Dr. *Ernst Beese*, Dr. *Hermann Eysel*, Dr. *Richard Breier*, Anstaltsarzt Dr. *August Maringer*; außerdem je 2 Stellen für Medizinal-Praktikanten und für Famuli. 107 Pfleger, 99 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt mit halboffener Villenfamilienpflege. Gründungsjahr 1912.

Pfingstweide bei **Tettnang** (Württemberg)

Pflegeanstalt für männl. Epileptiker. Post Pfingstweide bei Meckenbeuren.

Eröffnet 1867. 1937: 70 Plätze.

Pinneberg (Prov. Schleswig-Holstein)

Kreis-Irrenpflegeanstalt. Ebst. Pinneberg (Holstein).

80 ha. Besitzer: Kreis Pinneberg. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 45 m., 39 w., Zugänge im Jahre 1936 — m., 2 w., Abgänge 4 m., 1 w., darunter Todesfälle 3 m. 80 Plätze. 1 Verpflegklasse. — Anstaltsleiter: Inspektor Adolf Kahle; Ärzte 1. für körperliche Erkrankungen Dr. med. et chir. *Flory*-Pinneberg (nebenamtlich); 2. für psychiatr. Betreuung Prof. Dr. *Körtke*-Staatskrankenanstalt Langenhorn-Hamburg (nebenamtlich). 2 Pfleger, 2 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt. Die Anstalt pflegt im Wesentlichen unheilbare Geisteskranke aus den Kreisen Pinneberg und Herzogtum Lauenburg.

Pirna a. d. Elbe (Sachsen)

1. Staatliche Nervenheilanstalt **Maria-Anna-Heim.** Ebst. Pirna.

1,1 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 3 m., Zugänge im Vorjahr 75 m., 75 w., Abgänge: 75 m., 75 w., darunter 1 (m.) Todesfall. 34 Plätze. 1 Verpflegklasse. Anstaltsverwaltung: Ober-Med.-Rat Prof. Dr. *P. Nitsche*. Leitender Arzt: Professor Dr. *Zucker*. 2 Schwestern, 1 Hausmädchen. Gegründet: 1914. 1826 als Genesungshaus für rekonvaleszente Geisteskranke errichtet, als Nervenheilanstalt 1914 umgebaut für männliche und weibliche Nervenkranke (Geisteskranke und Krampfkranke ausgeschlossen). Beratungsstelle und Ambulatorium für Nerven- und Gemütskranke. Zugangsziffer des Ambulatoriums 1936: 475; außerdem 875 Konsultationen. Offene Anstalt. Psychiatrischer Außendienst der Anstalt Sonnenstein.

Digitized by Google

2. **Staatliche** Heil- u. Pflegeanstalt für Geisteskranke siehe unter Sonnenstein.

Plagwitz a. Bober

Provinzial-Heil- u. Pflegeanstalt. Ebst. Plagwitz a. Bober.

Areal 190 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 420 m., 463 w., Zugänge im Vorjahre 219 m., 181 w., Abgänge 164 m., 163 w., darunter Todesfälle 43 m., 44 w. 885 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor Provinzial-Obermedizinalrat Dr. med. *Wilhelm Mohr*; Oberärzte: Dr. med. *Robert Hermann*, Dr. *Georg Winkler*; Abteilungsarzt Dr. med. *Johannes Sarawara*, Assistenzärzte: *Hildegard Albig*, Dr. med. *Otto Riemschneider*. 79 Pfleger, 54 Pflegerinnen.

Die Anstalt wurde in dem Mitte des 16. Jahrh. erbauten Schloß Plagwitz mit 100 Kranken eröffnet; von 1892 bis 1914 ausgebaut. Malariabehandlung der progressiven Paralyse für alle ndr.-schles. Anstalten hier zentralisiert. Psychiatrischer Außendienst. Familienpflege. Geschlossene Anstalt. Im Jahre 1913 wurde ein festes Haus für geisteskranke Verbrecher eröffnet. Die Anstalt dient auch zur Unterbringung von Verurteilten gemäß § 42b StGB.

Plauen i. Vogtl. (Sachsen)

Nervenabteilung des **Stadtkrankenhauses** Plauen i. Vogtl. Ebst. Plauen i. V.

Zahl der Kranken am 1. 1. 37: 21 m., 22 w., Zugänge im Vorjahr 342 m., 385 w., Abgänge 338 m., 383 w., darunter Todesfälle 45 m., 34 w. (davon 30 in den ersten 5 Tagen nach der Aufnahme). 60—70 Plätze. 3 Verpflegklassen. Leitender Arzt: Reg.-Med.-Rat Dr. *Ludwig Gaupp*; Assistenzarzt Dr. *Rudolf Colditz*. 18 Pflegepersonen. Gründungsjahr 1902. 1912 Gründung der Pfleganstalt Kauschwitz. Psychiatrischer Außendienst. Psychiatrische Beratungsstelle seit 1921. Geschlossene Anstalt. Stadtasyl.

Porz-Ensen (Reg. Bez. Köln)

Heil- und Pflegeanstalt der **Alexianerbrüder** für männliche Geisteskranke. Ebst. Gremberghoven (Strecke Köln-Gießen).

5 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 312 m., Zugänge im Vorjahr: 90 m., Abgänge 101 m., darunter Todesfälle 31 m. 325 Plätze. 3 Verpflegklassen. 1 Hausrektor. Ärzte: Oberarzt Dr. *Jos. Westermann*; Ass. Arzt Dr. *Wilfried Deering*. 43 Pflegepersonal. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Potsdam

Brandenburgische **Landesanstalt** Potsdam. a) Krankenabteilungen. b) Abteilungen für Schwachsinnige. c) Erziehungsabteilungen. Ebst. Potsdam.

Digitized by Google

72 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 599 m., 508 w., Zugänge im Vorjahre 336 m., 301 w., Abgänge 278 m., 246 w., darunter Todesfälle 25 m., 18 w. 1159 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor Dr. habil. *Hans Heinze*; Oberärzte: Dr. *Karl Voß*, Dr. *Julius Hallervorden*, Dr. *Edwin Notzke*, Dr. *Ernst Illing*; Assistenzärzte: *Werner Röhricht*, Dr. *Werner Borchers*, Fräulein *Friederike Pusch*; 2 Medizinalpraktikanten. 1 Oberpfleger, 37 Pfleger, 2 Oberpflegerinnen, 101 Pflegerinnen, 11 Handwerksmeister, 5 Wohlfahrtspfleger, 5 Jugendleiterinnen, 28 Erzieherinnen, 8 Hortnerinpraktikantinnen. 1 Pastor, 1 Rektor, 8 Lehrer und Lehrerinnen, 1 technische Lehrerin. Familienpflege z. Z. 200 Köpfe umfassend. Prosektur der Provinz Brandenburg, Leiter: Oberarzt Dr. *Julius Hallervorden*.

Proskau (Reg. Bez. Oppeln)

St. Josefsheim, Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke mit Abt. für Siechkranke. Ebst. Oppeln.

2 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 176 m., 158 w., Zugänge im Vorjahr: 45 m., 38 w., Abgänge 33 m., 40 w., darunter Todesfälle: 12 m., 26 w. 280 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leitung: Kuratorium des St. Adalberthospitals in Oppeln. Arzt: Dr. *Daletzko*, Oppeln. 20 Pflegepersonal. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Queichheim b. **Landau** (Pfalz)

Abteilung Pflegeanstalt für körperlich und geistig Gebrechliche des Krankenhauses **St. Paulusstift.** Ebst. Landau (Pfalz).

1,5 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1935: 170 m., Zugänge im Jahre 1936: 46 m., Abgänge 63 m,. darunter Todesfälle: 22 m. 170 Plätze. 2 Verpflegklassen. Die Anstalt ist Eigentum der Kongregation der Paulusbrüder und wird geleitet von einem Br. Vorsteher. Anstaltsarzt: Dr. med. *Feldbaum*, Landau (Pfalz). 20 Pfleger. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Rabenhof (Kr. Ellwangen, Jagst, Württemb.)

Landesfürsorgeanstalt für Schwachsinnige.

55 m., 25 w. Anstalt als Bewahranstalt im Jahre 1896 erbaut; seit 1906 für Schwachsinnige. Anstaltsarzt: Dr. *Grundling* in Ellwangen. 70 Plätze.

Rasemühle bei **Göttingen** (Prov. Hannover)

Landes-Sanatorium für Nervenkranke. Ebst. Göttingen und Rosdorf a. d. Leine.

150 Plätze. 2 Verpflegklassen. Direktor Landes-Ober-Med.-Rat Dr. *K. Rapmund*, außerdem 2 Ärzte. 1 Oberin, 1 Schwester, 2 Pflegerinnen, 3 Bademeister. Gründungsjahr 1903. Offene Anstalt.

Digitized by Google

Rastatt

Pflegeanstalt für Geisteskranke.

3 ha. Kranke am 1. 1. 1936: 255 m., 222 w., Zugänge 82 m., 79 w., Abgänge 39 m., 38 w., Todesfälle 8 m., 18 w. Plätze: 600. 1 Verpflegklasse. Anstaltsdirektor Medizinalrat Dr. *Artur Schreck*. 18 Pfleger, 16 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt für vorwiegend chronische Fälle.

Ratibor (O. S.)

Irrenabteilung des städt. Krankenhauses.

1 ha. Kranke am 1. 1. 1936: 1 m., Zugänge: 33 m., Abgänge 32 m., 1 Verpflegklasse. Direktor des Krankenhauses Prof. Dr. med. *Bernhardt*; Assistent Dr. med. *Bendlowski*. Pfleger 1—2, Pflegerinnen nach Bedarf.

Ratingen (Reg. Bezirk Düsseldorf)

Pflegestation für evangelische schwachsinnige Mädchen Ebst. Ratingen.

Bestand am 1. 1. 1936: 59, Zugänge im Jahre 1936: 11, Abgänge 9. Plätze 60. 1 Verpflegklasse. Leiterin Schwester Elly Guthsohn. Anstaltsarzt: Dr. med. *Eigen*. Pflegerinnen 4. Geschlossene Anstalt mit teilweise offener Abteilung für Schwachsinnige leichten und mittleren Grades. Außerdem 5 Abteilungen für 146 weibliche Fürsorgezöglinge. 27 Erzieherinnen bzw. Pflegerinnen.

Regensburg

Oberpfälzische Heil- und Pflegeanstalt.

420 Tagwerk. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 410 m., 490 w., Zugänge im Vorjahr: 212 m., 189 w., Abgänge 188 m., 161 w., darunter Todesfälle 33 m., 22 w. 3 Verpflegklassen. 950 Plätze. Ärzte: Direktor Ober-Med.-Rat Dr. *Karl Eisen*, Ober-Med.-Rat u. stellvertretender Direktor Dr. *Adolf Vierzigmann*, Med. Rat 1. Kl. Dr. *W. Korte*, Oberarzt Dr. *Joseph Plank*, Assistenzarzt Dr. *K. Karl*. 74 Pfleger, 75 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1858. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen. Beratungsstelle für Psychisch- und Nervenkranke. Eheberatung.

Reichenbach (Oberpfalz, Bayern)

Private Wohltätigkeits- und Pflegeanstalt für männliche Blöde, Schwachsinnige, Epileptiker und Krüppelhafte von ca. 5 Jahren an, ferner für Altersgebrechliche. Ebst. Roßbach-Wald oder Nittenau.

107 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 522 m., Zugänge im Vorjahr: 67 m., Abgänge 72 m., darunter Todesfälle: 41 m. 532 Plätze. 1 Verpflegklasse. Anstaltsvorstand: P. Prior Edmund Fuchs. Hausarzt: Dr. *Fritz Klotz*, Amtsarzt von Roding. 27 klösterl. und 3 weltliche Pfleger. Geschlossene Anstalt. Private Anstalts-Hilfsschule mit staatlich geprüfter Lehrkraft. Gegründet 1891.

Digitized by Google

Remscheid-Lüttringhausen (Rheinland)

Heil- und Pflegeanstalt Stiftung **Tannenhof**. Ebst. Lüttringhausen.

200 Morgen. Zahl der Kranken 1. 1. 1936: 226 m., 366 w., Zugänge im Jahre 1936 137 m., 199 w., Abgänge 125 m., 188 w., darunter Todesfälle 30 m., 41 w. Plätze 580. 3 Verpflegklassen. Leitender Arzt: Dr. *Philipps*; 3 Anstaltsärzte, 1 Assistenzsarzt. Pflegepersonal 46 m., 79 w. Geschlossene Anstalt. Die Anstalt liegt ca. 330 m hoch in einem großen Park und ist in 11 Krankenhäuser aufgeteilt für Pensionäre 1. und 2. Klasse.

Renchen (Baden)

Heilstätte für Alkoholkranke. Ebst. Renchen.

4 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 33 m., Zugänge im Vorjahr 56 m., Abgänge 51 m. 36 Plätze. Leiter: A. Streich. Leitender Arzt: Direktor Dr. *Thumm*, Illenau. Hausvater u. Verwalter: Andreas Streich. 2 Pflegepersonen. Gründungsjahr 1905. Die Heilstätte gehört dem Badischen Landesverband gegen den Alkoholismus, Karlsruhe. Offene Anstalt. Psychiatrischer Außendienst und Nachpflege. Garten-, Land-, Haus- und Werkstättenarbeit.

Reutlingen (Württemberg)

Landesfürsorgeanstalt mit Abteilung f. Schwachsinnige.

Eröffnet 1893. 1936: 330 Pfleglinge, darunter 90 Schwachsinnige. Med. Rat Dr. *O. Beutter*.

Rheinbach (Landkreis Bonn)

Privat-Sanatorium **Villa Maria** für Nervenkranke. Post Rheinbach.

Wiedereröffnung im Sommer 1937. 25 Plätze.

Rickling (Holstein)

Heil- u. Pflegeanstalt des **Landesverein für innere Mission** in Schleswig-Holstein für Geisteskranke, Schwachsinnige, Epileptiker und Alkoholiker. Ebst. Rickling in Holstein.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 264 m., 161 w., Zugänge im Vorjahr: 141 m., 111 w., Abgänge: 87 m., 20 w., darunter Todesfälle: 20 m., 10 w. 460 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leiter: Konsistorialrat Direktor Dr. Epha. Leitender Arzt: Dr. med. *Boldt*; Assistenzarzt: Frau Dr. med. *Boldt*. 35 m., 25 w. Pflegepersonal. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Zugewiesene Trinker kommen nach Haus Falkenhag; dieses war am 1. 1. 1936 mit 22 Patienten belegt und hatte im Jahre 1936 33 Zugänge und 41 Abgänge. Es untersteht ebenfalls dem Landesverein für innere Mission und dem leitenden Arzt Dr. *Boldt*. Diakon Fielbrandt.

Digitized by Google

Riedhof bei Ulm (Württembg.)

Landesfürsorgeanstalt mit Abteilung für Schwachsinnige. Post Ulm-Söflingen.

Eröffnet 1892. 360 Plätze. Arzt: Dr. *W. Vogelgsang* in Ulm-Söflingen.

Riesenburg (Reg. Bez. Westpreußen)

Prov. Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Riesenburg.

312 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 296 m., 369 w., Zugänge im Jahre 1936: 159 m., 203 w., Abgänge 174 m., 198 w., darunter Todesfälle 32 m., 36 w. 742 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Dr. *Fahrenbruch*, Direktor; Dr. *Ludwig*, Erster Oberarzt; *Burdach*, Oberarzt; *Fritz*, Anstaltsarzt; *Ebelt*, Ass. Arzt. 58 Pfleger, 57 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt. Psychiatrischer Außendienst.

Rinteln a. d. Weser

Kuranstalt **Parkhof** für Nerven- u. Gemütskranke u. Sanatorium Schaumburg. Ebst. Rinteln a. d. Weser.

8—9 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 11 m., 13 w., Zugänge im Vorjahr: 25 m., 29 w., Abgänge: 20 m., 23 w., darunter Todesfälle: 1 m. 45 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leiter: Sanitätsrat Dr. *H. Lehne*. 5 Pflegepersonal. Geschlossene Anstalt und Abteilung für freiwillige Pensionäre.

Rockwinkel siehe Bremen

Roderbirken bei Leichlingen (Rhld., Rhein-Wupper-Kreis)

Heilstätte für Innere und Nervenkranke der **Landesversicherungsanstalt** Rheinprovinz. Ebst. Leichlingen.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 158 m., 132 w., Zugänge im Jahre 1936: 1373 m., 1315 w., Abgänge 1345 m., 1318 w. 309 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Chefarzt Dr. *Fritz Koester*, Oberärzte Dr. *Friedrich Carl Beck*, Dr. *Karl Diemer*, Dr. *Walter Neuhaus*, Anstaltsarzt Dr. *Wilhelm Bose*, Ass.-Ärzte: Dr. *Ilse Heckmann*, Dr. *Franz Schoch*, 1 Praktikant. 10 Schwestern, 2 technische und Laboratoriums-Assistentinnen, 4 geprüfte Kräfte in den Badehäusern neben Licht- und elektr. Therapie, Diätküche.

Vom Berg. Verein für Gemeinwohl 1906 als Volksheilstätte für Nervenkranke gegründet, 1909 von der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz übernommen und vergrößert, neuerdings umgebildet zu einer Heilstätte für innere Erkrankungen (Lungenleiden aller Art außer Tbc., Stoffwechselerkrankungen, Herzleiden, allergische Erkrankungen) und für Nervenkrankheiten (Erschöpfungszustände und organische Nervenleiden; keine Psychosen). Aufnahmen von Versicherten, von Angehörigen von Kassen und Behörden und von Selbstzahlern aus der Rheinprovinz.

Römershag

Kreispflegeanstalt Römershag, Ufr. Ebst. Römershag (Ufr.).

Digitized by Google

Areal 11,140 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 38 m., 23 w., Zugänge im Jahre 1936: 10 m., 12 w. Abgänge 4 m., 4 w., darunter Todesfälle 3 m., 3 w. Plätze 81. 1 Verpflegklasse. Anstaltsarzt Dr. *Steichele* in Brückenau. Anstaltsverwalter J. Kausemann. Personal 14 w. Geschlossene Anstalt. In der Anstalt sind untergebracht unheilbare Krebs- und Lungenkranke, Krüppelhafte, Schwachsinnige und ruhig gewordene Geisteskranke.

Rommelshausen (Kr. Waiblingen, Württembg.)

Pflegeanstalt für Schwachsinnige u. Epileptiker. Ebst. Rommelshausen.

Zweiganstalt der Heil- und Pflegeanstalt in Stetten i. R. (siehe dort).

Rostock (Mecklenburg-Schwerin)

1. Psychiatrische und Nervenklinik u. Heil- u. Pflegeanstalt **Gehlsheim**. Ebst. Vorstadt-Rostock.

41 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 221 m., 168 w., Zugänge im Vorjahr: 724 m., 511 w., Abgänge: 774 m., 518 w., darunter Todesfälle 35 m., 81 w. 420 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: vorläuf. beauftragter Direktor: Med. Rat Prof. Dr. *Braun*, Oberarzt Med. Rat Dr. *Skalweit*; Ass. Ärzte: Dr. *Schiersmann*, Dr. *Auer*, Frl. Dr. *Niemeyer*, Dr. *Liebert*. 3 Pfleger, 10 Pflegerinnen. 2 Nachtkrankenwärter, 40 Wärter, 42 Wärterinnen. Gründungsjahr 1896. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen für Nervenkranke, dazu eine Kinderabteilung. Zentralstelle für Psychopathenfürsorge. Poliklinik für Nervenkranke in der Stadt.

2. Privat-Nervenklinik Dr. **Melchert**, Bismarckstr. 24.

10 Plätze. 1 Verpflegklasse. Offene Anstalt. Arzt: Dr. *Melchert*, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie.

Rotenburg (Hannover)

Heil- und Pflegeanstalt der **inneren Mission** für Epileptische, Geistesschwache und -kranke. Ebst. Rotenburg in Hannover.

1000 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 560 m., 394 w., Zugänge im Vorjahr: 44 m., 26 w., Abgänge 58 m., 32 w., darunter Todesfälle: 34 m., 22 w. 1100 Plätze. 2 Verpflegklassen. Direktor Pastor D. Dr. Buhrfeind. Leitender Arzt: Dr. med. *E. Rustige*; Abteilungsärzte: San. Rat Dr. *Roters*, Dr. *Krücke*, Dr. *Mecke*. 138 Schwestern, Hilfsschwestern u. Pfleger. Offene Anstalt mit geschlossenen Abteilungen. Eigene Hilfsschule. Außenfürsorge. Gegründet 1880.

Rottenmünster bei **Rottweil a. N.** (Württemberg)

Privatheilanstalt der Barmh. Schwestern von Untermarchtal für Nerven- und Geisteskranke. Ebst. Rottweil.

Digitized by Google

50 ha. Ärzte: Direktor Dr. *Wrede*, Facharzt für Psychiatrie u. Neurologie; Oberarzt Dr. *Eha*, Oberarzt Dr. *Stehle*; 3 Assistenzärzte. 140 Schwestern, 20 Pfleger. Bestand am 1. 1. 1937 277 m. und 433 w., Aufnahmen 1936: 251 m. und w. Entlassungen 1936: 188 m. und w. Gründungsjahr 1864 in Schwäb.-Gmünd; 1898 nach Rottenmünster verlegt; 1932 großer Neubau. Offene und geschlossene Abteilungen für alle Arten von Gemüts- und Geisteskranken. Offene Sanatoriums-Abtlg. für Nervenkranke. Entziehungskuren, Psychotherapie, Wasserheilverfahren, Arbeitstherapie, Gymnastik usw.

Rudolstadt (Thüringen)

Städtisches Versorgungsheim. Ebst. Rudolstadt.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 62 m., 75 w., Zugänge im Jahre 1936: 33 m., 31 w., Abgänge 17 m., 18 w., darunter verstorben 5 m., 6 w. 160 Plätze. 1 Verpflegklasse. Heimleiter: Kurt Fritz. Anstaltsarzt: Polizeistadtarzt Dr. F. *Rostock*. 4 Pfleger, 4 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Saalhausen

Bezirksheim für Geisteskranke und Lungenkranke. Eigentümer: Bezirksvorstand der Amtshauptmannschaft Dresden. Ebst. Freital-Zauckerode.

56 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 134 m., 163 w., Zugänge im Jahre 1936: 42 m., 61 w., Abgänge 38 m., 64 w., darunter Todesfälle 17 m., 40 w. 310 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Verw. Med. Rat Dr. med. *Fritz Kunze*, Vertreter Dr. med. *Hermann Müller*, Freital. 6 Pfleger, 11 Pflegerinnen. Offene Anstalt mit geschlossenenen Abteilungen. (Kleine Abteil. für Tuberkulöse). Arbeitstherapie in der eigenen Landwirtschaft, Gärtnerei und den Werkstätten.

Saarow Bad (Mark)

Sanatorium Eibenhof auf Rittergut Saarow (Mark) zur Behandlung innerer und nervöser Krankheiten (hormonale Regenerationskuren). Ebst. Fürstenwalde (Spree).

Leitender Arzt: Dr. med. *Grabley*. 30 Plätze.

Saffig (Rheinprovinz, Kreis Mayen)

Heil- und Pflegeanstalt der **Barmherzigen Brüder** für männliche Geistes- u. Nervenkranke. Ebst. Plaine.

24 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 263, Zugänge im Jahre 1936: 105, Abgänge 62, darunter Todesfälle 16. 3 Verpflegklassen. Leitender Arzt: Dr. med. *Alfons Laskowski*. 41 Pfleger. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Digitized by Google

Sagern siehe Wichernheim.

Sandhorst (Reg. Bez. Aurich, Prov. Hannover)

1. **Privat**-Heil- u. Pflegeanstalt **Neusandhorst** für Geisteskranke. Ebst. Aurich.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 7 m., 4 w. 12 Anstaltsplätze. 1 Verpflegklasse. Besitzer Reinhard de Buhr, Bauer. Aufsicht der Kreisarzt. Pflege leistet die Familie R. de Buhr. Offene Anstalt.

2. **Privat**-Heil- u. Pflegeanstalt für Geisteskranke. Ebst. Aurich.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 7 m., 16 w., Zugänge im Vorjahr: 1 m., 1 w., Abgänge 1 m., darunter Todesfälle: 1 m. 24 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leiter Gerd Börchers. Aufsicht der Kreisarzt. Offene Anstalt.

Sayn bei **Benndorf** (Reg. Bez. Koblenz)

Israelitische Kuranstalten (**Jacobysche** Heil- u. Pflegeanstalt f. Nerven- u. Gemütskranke). Ebst.: Benndorf-Sayn. (Westerwaldbahn).

60 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 78 m., 95 w. 190 Plätze. Ärzte: Leiter Dr. *Paul Jacoby*, Dr. *Fritz Jacoby*. 10 Pfleger, 10 Schwestern. Gründungsjahr 1870. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Scheuern bei **Nassau a. d. L.** (Reg. Bez. Wiesbaden)

Heilerziehungs- und Pflegeanstalt für Geistesschwache und Epileptische. Ebst. Nassau a. d. Lahn.

60½ ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 443 m., 334 w., Zugänge im Vorjahr: 104 m., 40 w., Abgänge: 55 m., 28 w., darunter Todesfälle 10 m., 6 w. 800 Plätze. 2 Verpflegklassen. Direktor: K. Todt, Pädagoge; dirig. Arzt: Dr. med. *Anthes*. 22 Pfleger, 24 Pflegerinnen. Offene Anstalt. 1851 als Knabenrettungsanstalt gegründet, 1870 in eine Erziehungs- und Pflegeanstalt für Geistesschwache und Epileptische umgewandelt. Neben einer Zweiganstalt in Langen besitzt die Anstalt 2 Gutshöfe mit 65 ha. — Besitzer: Innere Mission.

Schkeuditz (Reg. Bez. Merseburg, Preußen)

Nervenheilanstalt der Knappschafts-Berufsgenossenschaft, **Bergmannswohl**. Ebst. Schkeuditz.

54 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 57 m., 4 w., Zugänge im Vorjahr 2375 m., 327 w., Abgänge 2368 m., 330 w., Todesfälle 3 m. 200 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Chefarzt Prof. Dr. *Friedrich Quensel*; Oberarzt: Dr. *Rudolf Tetzner*; Assistenzärzte: Dr. *Otto Vauck*, Dr. *Hans Jansen*, Dr. *Walter Altekrüger*; Med.-Praktikant: *Hans Ludwig*. 14 Pfleger, 2 Schwestern. Gründungsjahr 1910. Offene Anstalt.

Digitized by Google

Schleswig (Prov. Schleswig-Holstein)

Landesheil- und Pflegeanstalt Schleswig-Stadtfeld. Ebst. Schleswig.

159 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 736 m., 837 w., Zahl der Zugänge im Vorjahr 290 m., 361 w., der Abgänge 229 m., 304 w., darunter Todesfälle 74 m., 78 w. 1678 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Carl Grabow*, Stellvertreter Dr. *Richard Eichbaum*; Oberärzte: Dr. *Hans Schultze*, Dr. *Heinrich Struck*, Dr. *Johannes Krey*, Dr. *Hans Burkhardt*, Dr. *Karl Schunck*. Außerdem 1 Assistenzarzt und 2 Medizinalpraktikanten. 275 Pflegepersonal. Gründungsjahr 1820. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen. Psychiatrischer Außendienst, erbbiologischer Außendienst, Familienpflege, Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke. Angeschlossen verschiedene Privatanstalten mit 100 m. und 225 w. Kranken: Klosterhof, Sophienhöhe, Behrendstamm und Greve-Königsberg. Sie werden von der Landesheilanstalt Schleswig-Stadtfeld aus betreut und bekommen nur chronische Geisteskranke.

Schleswig-Klappschau

Privat-Pflegeanstalt für Geisteskranke in Klappschau b. Schleswig. Ebst. Schleswig.

70 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 89 w., Zugänge im Vorjahr: 6 w., Abgänge 7 w., darunter Todesfälle 1 w. 89 Plätze. 2 Verpflegklassen. Leiter: Dr. *Berendsen*. 5 Pflegepersonal. Geschlossene Abteilung mit offener Abteilung.

Schönbrunn (Oberbayern)

Pflegeanstalt für geistig u. körperlich Gebrechliche. Ebst. Röhrmoos, Oberb.

230 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 610 m., 590 w., Zugänge im Vorjahr 111 m., 67 w., Abgänge 90 m., 59 w., darunter Todesfälle 43 m., 39 w. 1230 Plätze. 1 Verpflegklasse. Anstaltsdirektor Jos. Steininger; Anstaltsarzt Dr. *Jos. Steinbacher*. 250 Pflegepersonal. Offene Anstalt mit mehreren geschlossenen Abteilungen.

Schönecken (Kr. Prüm, Rheinprovinz)

St. Vincenzhaus, Pflegeanstalt für geistesschwache Mädchen. Eigentum der Vincentinerinnen. Ebst. Prüm. Eröffnet 1904.

30 Plätze.

Schreiberhau siehe Oberschreiberhau.

Digitized by Google

Schussenried (Württemberg)

Staatliche Heilanstalt. Ebst. Schussenried.

53 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937 328 m., 260 w., Zugänge im Vorjahre 75 m., 66 w., Abgänge 73 m., 70 w., darunter Todesfälle 9 m., 14 w. 600 Plätze. 3 Verpflegungsklassen. Ärzte: Direktor Ober-Med.-Rat Dr. *Hans Koch*; Oberärzte: Med.-Rat Dr. *August Weinland*, Med.-Rat Dr. *Paul Morstatt*, Assistenzarzt: Dr. *Fritz Barlen*. 50 Pfleger, 48 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1875, eröffnet in der ehemaligen Prämonstratenser-Abtei. Geschlossene Anstalt. Landwirtschaftliche Kolonie. Familienpflege.

Schwäbisch-Hall siehe Hall (schwäbisch).

Schweinspoint (Reg. Bez. Schwaben)

Wohltätigkeits- u. Pflegeanstalt. Ebst. Rain a. Lech.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 266 w., Zugänge im Jahr 1936: 51 w., Abgänge 48 w., darunter 30 Todesfälle. Plätze: 270. 1 Verpflegklasse. Leiter der jeweilige Prior. Hausarzt *Dr. Eichinger* in Rennrotshofen. 45 Pfleger, 3 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt.

Schwerin i. M.

Heil- und Pflegeanstalten Sachsenberg-Lewenberg zu Sachsenberg bei Schwerin. Ebst. Schwerin i. M.

1. Heil- und Pflegeanstalt Sachsenberg.

63 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 319 m., 328 w., Zugänge im Vorjahr 219 m., 210 w., Abgänge 213 m., 192 w., darunter Todesfälle 34 m., 31 w. 700 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Obermedizinalrat Dr. *Johannes Fischer*; Oberarzt Medizinalrat Dr. *Walter Medow*; Anstaltsarzt Dr. *Alfred Leu*; Assistenzärzte: Dr. *Hans-Heinrich Braunroth*, Dr. *Hans Wiepking*. 140 Pflegepersonal. Gründungsjahr 1830. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

2. Kinderheim Lewenberg (Heil- u. Pflegeanstalt für geistesschwache Kinder).

18 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 128 m., 112 w., Zugänge im Vorjahr 25 m., 29 w., Abgänge 35 m., 34 w., darunter Todesfälle: 4 m., 5 w. 295 Plätze. 2 Verpflegklassen. Oberarzt Medizinalrat Dr. *Franz Schlund*. Pflegepersonal: 48. Gründungsjahr 1867. Offene Anstalt.

Sechtem (Reg. Bez. Köln)

Heilerziehungsanstalt für schwachsinnige Kinder, Graue Burg. Ebst. Sechtem.

112 ar. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 4 m., 2 w., Zugänge im Jahr 1936: 1 m., 1 w., Abgänge 1 w. 12 Plätze für Kinder. 1 Verpflegklasse. Der Anstalt für seelisch abnorme Kinder in Bonn angegliedert; Oberarzt Dr. *Schmitz*. 1 Pfleger, 2 Pflegerinnen. Offene Anstalt.

Digitized by Google

Seefrieden bei **Moritzburg** siehe Moritzburg

Siloah siehe Lintorf.

Sinsheim (Baden)

Kreispflegeanstalt. Ebst. Sinsheim a. d. E.

Zahl der Verpflegten am 1. 1. 1937: 161 m., 215 w., Zugänge im Vorjahr 52 m., 45 w., Abgänge 22 m., 16 w., Todesfälle 25 m., 22 w. 375 Plätze. 3 Verpflegklassen. Direktor Dr. *Weber*. 16 Schwestern. 4 offene und 2 geschlossene Abteilungen.

Sohland a. R.

Martinstift, Pflegeanstalt f. Schwachsinnige. Ebst. Reichenbach O. L.

7,20 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 47 m., 40 w., Zugänge im Jahr 1936: 6 m., 3 w., Abgänge 5 m., 4 w., darunter Todesfälle 1 m., 2 w. 96 Plätze. 1 Verpflegklasse. Geschäftsführung: Oberlehrer Beyer in Reichenbach O. L. Arzt: prakt. Arzt *C. Lochmann*, Reichenbach O. L. Pflegepersonal 2 m., 4 w. Geschlossene Anstalt.

Sonnenstein b. Pirna (Sachsen)

Landesheil- und Pflegeanstalt. Ebst. Pirna.

126 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 336 m., 448 w., Zugänge im Vorjahr 150 m., 200 w., Abgänge 140 m., 188 w., darunter Todesfälle 35 m., 31 w. 850 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor und Chefarzt Ober-Med. Rat Prof. Dr. *Paul Nitsche*; stellvertretender Direktor Reg. Med. Rat Dr. *Friedhelm Liebold*; Reg. Med. Rat Dr. *Ernst-Adolf Schmorl*; Ass. Ärzte: Dr. *Gerhard Dannhorn*, Dr. *Walter Dowald*, Dr. *Adolf Albrecht*. 2 Medizinalpraktikanten. 50 Pfleger, 57 Schwestern, dazu Hilfspersonal. Gegründet 1811. Siehe 1. von Nostitz und Jänckendorff: Beschreibung der Königl. Sächs. Heil- und Verpflegungsanstalt Sonnenstein, 3 Bände, 1829. Dresden, Verlag der Walther'schen Buchhandlung; 2. Georg Ilberg: Von der Gründung der Irrenanstalt Sonnenstein im Jahre 1811 und der Behandlung der Seelenkranken daselbst vor 100 Jahren. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 84.) Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen. Psychiatr. Außendienst für anstaltsentlassene Nerven- und Gemütskranke. Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke in der der Anstalt angegliederten staatlichen Nervenheilanstalt Maria-Anna-Heim (siehe unter Pirna).

Sorau (Prov. Brandenburg)

Landesanstalt. Ebst. Sorau.

325 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 531 m., 843 w., Zugänge im Vorjahr: 196 m., 282 w., Abgänge: 180 m., 288 w., darunter Todesfälle: 41 m., 71 w. 1399 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Paul*

Digitized by Google

Schmidt, Oberärzte: Dr. *Wolfgang Dreibholz*, Dr. *Otto Mohr*, Dr. *Franz Hamann*, Dr. *Ernst Weiß*, Assistenzärzte: Dr. *Kurt Langer*, Dr. *Lore Krüger*. 3 Oberpfleger, 112 Pfleger, 4 Oberpflegerinnen, 119 Pflegerinnen, 33 Lernpflegerinnen. Geschlossene Anstalt. (Das Stammhaus, ein schloßartiger Barockbau, wurde 1723 vom Reichsgrafen Erdmann II von Promnitz errichtet; 1810 kauften es die Stände der Niederlausitz. 1812 wurde das Promnitzhaus zu einer Heilanstalt für Gemütskranke erweitert.

Stadtroda (Thüringen)

Thüring. **Landes**heilanstalten (Krankenhaus, Abt. für Geisteskranke, Beobachtungsheim, asoziale Abteilungen). Ebst. Stadtroda.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 311 m., 236 w., Zugänge im Vorjahr: 718 m., 739 w., Abgänge: 750 m., 764 w., darunter Todesfälle: 80 m., 75 w. 670 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Prof. Dr. *Kihn*, Leiter; Med.-Rat Dr. *Schenk*; Assist.-Arzt Dr. *Flothmann*, Assist.-Arzt Dr. *Wutz*, Assistenzärztin Dr. *Hielscher*, Assistenzärztin Dr. *Juegensohn*, Volontärarzt *Titruschka*. 4 Schwestern, 112 Pfleger und Pflegerinnen. Beratungsstelle. Familienpflege.

Stenken (Reg. Bez. Königsberg)

Ostpreußische Heilstätte für männliche Alkoholkranke in Landgut Stenken. Ebst. Nautzken.

30 Plätze für Männer. 1 Verpflegklasse. Leiter und Arzt: Dr. *Immanuel Reichardt*. Gegründet 1927 von den Anstalten der Inneren Mission in Carlshof b. Rastenburg, Ostpreußen. Offene Anstalt. Beratungsstelle für Alkoholkranke.

Stetten i. Remstal (Kr. Waiblingen, Württembg.)

Heil- u. Pflegeanstalt der **Inneren Mission** für Schwachsinige und Epileptiker.

Zahl der Kranke am 1. 1. 37: 418 m., 334 w., Zugänge im Vorjahr 49 m., 40 w., Abgänge 35 m., 21 w., darunter Todesfälle: 19 m., 6 w. 750 Plätze. 3 Verpflegklassen. Leitender Arzt: Dr. *Albert Gmelin*. Inspektor: Pfr. Ludwig Schlaich. 33 Pfleger, 35 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1849 in Rieht bei Vaihingen a. d. Enz, seit Mai 1864 in Stetten i. R. Offene Anstalt. Zweiganstalt in Pommelshausen (Kr. Waiblingen, Württemberg), Pflegeanstalt.

Stralsund (Prov. Pommern)

Provinzialheilanstalt Ebst. Stralsund.

102 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 509 m., 592 w., Zugänge im Vorjahr 164 m., 253 w., Abgänge 128 m., 181 w., darunter Todesfälle 36 m., 59 w. 1217 Plätze. 3 Verpflegklassen. Direktor: Landesrat Kurt Drews,

Digitized by Google

Ärzte: Stellv. Direktor Medizinalrat Dr. *Lauschner*; Medizinalrat Dr. *Otto Unruh*, Oberarzt Dr. *Hermann Plaue*, Assistenzärzte Dr. *Albert Ziehm*, Dr. *Ketzenberg*. 183 Pflegepersonal. Gründungsjahr 1912. Psychiatrischer Außendienst, Familienpflege. Festes Haus für 50 geisteskranke Verbrecher.

Straubing (Niederbayern)

1. **Pflege**anstalt. Ebst. Straubing.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 660 m., Zugänge im Jahre 1936: 125 m., Abgänge: 100 m., darunter Todesfälle: 63 m. 685 Anstaltsplätze. 2 Verpflegklassen. Direktor: Anstaltsvorstand: Fleischmann. Hausarzt, Bezirksarzt Dr. *Kaestel*, Straubing. 50 Pfleger. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

2. Zuchthaus und Sicherungsanstalt, Irrenabteilung.

13 a. Zahl der Kranken am 1. 1. 36: 52 m., Zugänge im Jahre 1936 28 m., Abgänge 56 m., darunter Todesfälle 1 m. Anstaltsplätze: 60 Plätze, dazu 16 Isolierzellen. 2 Kostformen. Direktor Ob.-Reg.-Rat Wirtzmann; Arzt: Dr. med. *Seibert*. Pflegepersonal: 16 m. Geschlossene Anstalt.

Striegau-Land (Reg. Bez. Breslau)

Heil- u. Erziehungsinstitut für seelenpflegebedürftige Kinder: **Schloß Pilgramshain**, Striegau-Land. Ebst. Striegau.

6 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 36: 51. — Zugänge: im Jahr 1936 12, Abgänge: 11. 60 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor Albrecht Strohschein; leit. Arzt Dr. med. *Georg Groot*. 5 Pfleger. 5 Pflegerinnen. Offene Anstalt. Beratungsstelle für abnorme Kinder. Das Institut nimmt insbes. gehemmte und schwer erziehbare Kinder auf, es ist eine Privatschule mit ständiger ärztlicher Betreuung.

Stuttgart

Bürgerhospital, psychiatrisch-neurologische Abteilung.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 55 m., 66 w., Zugänge im Vorjahr: 791 m., 743 w., Abgänge: 804 m., 725 w., darunter Todesfälle: 56 m., 44 w. 146 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. *Wetzel*; Oberärzte: Dr. *Hans Sexauer*, Dr. *Ilse Graf*; 4 Assistenzärzte, 1 Volontärarzt, 1 Med. Prakt. 35 Pflegepersonal. Psychiatrische und neurologische Abteilung. Angegliedert Fürsorgestelle des Bürgerhospitals für Krankenhaus- und Entlassenefürsorge.

Süchteln (Reg. Bez. Düsseldorf, Rheinprovinz)

Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Johannistal für Epileptiker u. Geisteskranke. Ebst. Süchteln, Elektr. Strb. Bahnhof Viersen (25 Minuten), Bahnhof M.-Gladbach (55 Minuten).

Digitized by Google

146,5 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 885 m., 769 w.; davon in Heimpflege 139 w. Zugänge im Vorjahr: 613 m., 440 w., darunter aus anderen Anstalten: 352 m., 124 w. Abgänge: 262 m., 205 w.; darunter Todesfälle 78 m., 74 w. 1285 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor vertretungsweise Oberarzt Dr. *Kleine*, Oberärzte: Dr. *Richard Settels*, Dr. *Otten*, Dr. *Fritz Polstorff*; Anstaltsärzte: Dr. *Hans Lewenstein*, Dr. *Heinrich Stein*, Dr. *Heinen*; Volontärärzte: Dr. *Josef Haarhoff*, Dr. *Luise Haag*; 1 Medizinalpraktikant. Gründungsjahr 1905. 88 Pfleger, 84 Pflegerinnen incl. Oberpflegepersonal. Beratungsstelle für Psychisch- und Nervenkranke. Nervenabteilung. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen. Der Anstalt ist die Bildungs- und Erziehungsanstalt Waldniel bei München-Gladbach Ende 1936 als Annex (mit 600 Plätzen) angefügt worden.

Tapiau (Provinz Ostpreußen)

Provinzial- Heil- und Pflegeanstalt. **Ebst. Tapiau.**

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 702 m., 668 w., Zugänge im Jahr 1936: 250 m., 255 w., Abgänge: 220 m., 350 w., darunter Todesfälle: 60 m., 58 w. 1292 Plätze. Ärzte: Direktor Dr. *Krakow*; I. Oberarzt Dr. *Krüger*; Oberarzt Dr. *George*, Oberarzt Dr. *Witetzki*, Oberarzt *Pisselhoy*; Anstaltsarzt Dr. *Persch*; Ass. Ärzte: Dr. *Hildegard Legien*, Dr. *Rudi Kurzweg*. 142 Pfleger, 95 Pflegerinnen. 1 Verpflegklasse. Im Bewahrungshause befanden sich 70 m. Patienten.

Taufkirchen a. Vils

Oberbay. **Landesfürsorgeanstalt**; Pflegeanstalt für geistig und körperlich Unbeholfene. Ebst. Taufkirchen a. Vils.

6 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 176 m., 116 w., Zugänge im Jahre 1936: 102 m., 34 w., Abgänge: 82 m., 27 w., darunter Todesfälle: 38 m., 17 w. 350 Plätze. 1 Verpflegklasse. Wird von Schwestern geleitet (kein Direktor). Nebenamtlicher Arzt: Dr. *Zistl*, prakt. Arzt in Taufkirchen a. Vils. 1 Pfleger, 18 Pflegerinnen. Offene Anstalt mit geschlossener Abteilung.

Telgte (Provinz Westfalen)

St. Rochus-Hospital. Ebst. Telgte.

Abt. I (geschlossene Abt.) private Heil- u. Pflegeanstalt für weibl. Geisteskranke.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 380, Zugänge im Vorjahr 113, Abgänge 96, darunter Todesfälle 17. Plätze 360, 3 Verpflegklassen.

Abt. II (offene Abt.) allgem. ländl. Krankenhaus. 40 Plätze.

Chefarzt: Dr. *Anton Sicking*, 2. Arzt: Dr. *Jakob Hühnerfeld*. 70 Schwestern. Gründungsjahr 1848.

Digitized by Google

Templin (Uckermark)

Heilerziehungsheim der **Stadt Berlin** für psychopathische Knaben. Ebst. Templin.

1½ ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 36: 32, Zugänge: 19, Abgänge: 19. Kein Todesfall. Plätze: 32. 1 Verpflegklasse. Anstaltsleiter: Steumann, Erziehungsinspektor. Beratender und überwachender Arzt: Dr. *Kühnel*, Psychiater der Fürsorge-Erziehungsbehörde Berlin. 4 Pfleger, 1 Pflegerin. Offene Anstalt. Vermittlung von Familienpflege und Lehrstellen.

Teupitz (Kreis Teltow, Prov. Brandenburg)

Brandenburgische **Landesanstalt.** Ebst. Teupitz-Großköris.

164 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 698 m., 959 w., Zugänge im Vorjahr 110 m., 143 w., Abgänge 128 m., 141 w., darunter Todesfälle 54 m., 52 w. 1754 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Erich Noack*; I. Oberarzt Dr. *Oskar Rein*, I. Oberarzt Dr. *Karl Sitzler*, Oberarzt Dr. *Kurt Hellwig*, Oberärztin Dr. *Bertha Wüsten*; Assistenzärzte Dr. *Wolfgang Dahl*, *Rudolf Roesen*, *Siegfried Rieckmann*. 141 Pfleger, 169 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1908. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Familienpflege.

Thekoa siehe Eckardsheim.

Tilbeck i. Westf. (Post Schapdeken)

Stift Maria Hilf, Heil- u. Pflegeanstalt für weibliche Epileptiker jeden Alters.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 633, Zugänge 108, Abgänge 73, darunter Todesfälle: 18. 725 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor: Heinr. Rampelmann. Chefarzt: Dr. *F. Steggemann*, 2. Arzt Dr. *Steggemann-Nienhaus*. 77 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt.

Tost (Prov. Oberschlesien)

Landesheil- und Pflegeanstalt. Ebst. Tost (O. S.).

115 ha. Zahl der Kranken u. Verpflegten am 1. 1. 37: 272 m., 326 w., Zugänge im Vorjahr: 193 m., 158 w., Abgänge: 193 m., 160 w., darunter Todesfälle: 12 m., 23 w. 648 Anstaltsplätze. 2 Verpflegungsklassen. Ärzte: Landesobermedizinalrat Dr. *Theodor Herzberg*, Landesmedizinalrat Dr. *Alfons Schwiedler;* Abteilungsärzte: Dr. *Ernst Buchalik*, *Josef Riepenhausen;* Assistenzärzte: *Josef Gladisch*, Dr. *Otto-Ernst Feld*, *Hubert Kleebank*. 68 Pfleger, 55 Pflegerinnen. Gründungsjahr: 1890. Geschlossene Anstalt. Familienpflege.

Digitized by Google

Tötensen (Lüneburger Heide — Bezirk Hamburg)

Sanatorium Ginsterhof für Nerven- und innere Krankheiten. Ebst. Post über Harburg-Wilhelmsburg 1.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 7 m., 12 w., Zugänge im Jahr 1936: 82 m., 144 w., Abgänge 87 m., 157 w., darunter 2 m. u. 3 w. Todesfälle. 28 Plätze. 1 Verpflegklasse. Arzt: Dr. med. *Arthur Hof.* Die klinisch geleitete Anstalt verfügt außer allen notwendigen Hilfsmitteln über eine große hydro- u. elektrotherapeutische Einrichtung.

Treffurt (Werra)

Privat-Heil- und Pflegeanstalt für Nervenkranke; staatlich konzessioniertes Haus. Ebst. Treffurt.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 4 m., 10 w., Zugänge im Jahr 1936: 2 m., 3 w., Abgänge 2 m., 3 w. 15—18 Plätze. 1 Verpflegklasse. Personal: 1 Pflegerin, 2 Hausmädchen. Leitender Arzt: Dr. med. *G. Rausch;* Besitzer *Hermann Rausch.*

Treptow a. d. Rega (Prov. Pommern)

Provinzialheilanstalt. Ebst. Treptow a. d. R.

112 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 420 m., 529 w., Zugänge im Vorjahr 217 m., 238 w., Abgänge 199 m., 247 w., darunter Todesfälle 34 m., 35 w. 1095 Plätze. 3 Verpflegungsklassen. Ärzte: Direktor Prov. Obermed.-Rat Dr. *Franz Lüddecke*, 1. stellv. Dir.: Prov. Med.-Rat Dr. *Theophil Mootz*, 2. stellv. Dir.: Prov. Med.-Rat Dr. *Rudolf Henkel*, Oberarzt: Dr. *Josef Wintergerst*, Assistenzarzt: Dr. *Richard Lefke.* 66 Pfleger. 79 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1900. Psychiatrischer Außendienst. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen und 2 Pensionaten für Kranke I. und II. Klasse.

Treysa (Bez. Kassel, Provinz Hessen-Nassau)

Hephata, Erziehungs-Heil- und Pflegeanstalt für Schwachsinnige und Psychopathen. Ebst. Treysa.

Zahl der Kranken am 1. 1. 37: 302 m., 200 w., Zugänge im Vorjahr 58 m., 16 w., Abgänge 42 m., 18 w., darunter Todesfälle 10 m., 5 w. 520 Plätze. 2 Verpflegklassen. Direktor: Pfarrer D. Friedrich Happich. Leitender Arzt: Dr. med. *Wilhelm Wittneben*, Abt.-Arzt: Dr. med. *Burkert.* 92 Pflegepersonal. Gründungsjahr 1893. Offene Anstalt mit geschlossenen Abteilungen.

Trier (Rheinprovinz)

Heil- und Pflegeanstalt der **Barmherzigen Brüder** für männliche Geisteskranke, Epileptiker u. Schwachsinnige.

Digitized by Google

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 665. 670 Plätze. 3 Verpflegklassen. Eigentum der Genossenschaft der Barmh. Brüder von Trier. Chefarzt: Med.-Rat a. D. Dr. *Jakob Faas*, Facharzt f. Psychiatrie und Neurologie. Ass.-Arzt: Dr. *Wilhelm Tieke*. 54 Pfleger. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Tübingen (Württemberg)

Universitäts-Nervenklinik.

4 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 37: 56 m., 75 w., Zugänge im Vorjahr: 1014 m., 769 w., Abgänge 1007 m., 743 w., darunter Todesfälle: 7 m., 21 w. 200 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor o. Prof. Dr. *Hermann Hoffmann*; Oberärzte: Dr. *Konrad Ernst*, Dr. *Wilhelm Ederle*; Assistenzärzte: Dr. *Otto Thiel*, Dr. *Otto Rogal*, Dr. *Hermann Stutte*, Dr. *Marie Luise Thraum*; Volontärärzte: Dr. *Josef Fauler*, Dr. *Klemens Rembold*, Dr. *Eleonore Schittenhelm*. 21 Pfleger, 24 Pflegerinnen, 10 Diakonissen. Gründungsjahr 1894. Seit 1919 Kinderabteilung in besonderem Gebäude. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Poliklinik.

Uchtspringe (Altmark, Provinz Sachsen)

1. Landesheilanstalt. Ebst. Uchtspringe.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 707 m., 564 w.; darunter unter 14 Jahren 186 m., 96 w., Zugänge im Vorjahr: 193 m., 164 w., Abgänge im Vorjahr: 187 m., 155 w., darunter Todesfälle 46 m., 63 w. Ärzte: Direktor Prov. Ob.-Med.-Rat Dr. *Karl Kolb*; Prov. Med.-Rat Dr. *Fritz Orland*, Prov. Med.-Rat Dr. *Michael Feldhahn*, Prov. Med.-Rat Dr. *Hermann Nobbe*, Anstaltsarzt Dr. *Richard Hunger*; Assistenzarzt Dr. *Hans Koritter*, Assistenzarzt Dr. *Gerhard Wenzel*, Assistenzarzt Dr. *Karl Berger*. 106 Pfleger, 120 Pflegerinnen. In Familienpflege: 152 m., 57 w. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen.

2. Kurhaus Wilhelmshof in Uchtspringe, Trinkerheilstätte.

27 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 9 m., Zugänge im Jahre 1936: 36 m., Abgänge: 26. 22 Plätze. 1 Verpflegklasse. Evang. u. kathol. Bekenntnis. Arzt: Dr. med. *Berger*. Leitung Diakon Kosel. 1 Pfleger. Arbeitstherapie (Landwirtschaft, Gärtnerei, Werkstätten). Wilhelmshof ist Trinkerheilstätte des Trinkerheilstättenvereins der Provinz Sachsen und des Freistaates Anhalt. 1908 gegründet. Offene Anstalt. Zusammenarbeit mit Blaukreuz und Guttemplerorden.

Ückermünde (Prov. Pommern)

Provinzialheilanstalt. Ebst. Ückermünde.

127 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 464 m., 368 w., Zugänge im Vorjahr 176 m., 125 w., Abgänge 127 m., 160 w., Todesfälle 49 m., 33 w. 843 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor: Provinzialobermedizinalrat Dr. *Friedrich Ostmann*; Provinzialmedizinalräte: Dr. *Hermann Vollheim*,

Digitized by Google

Dr. *Hans-Heinrich Gerhardt*; Oberarzt: Dr. *Paul Tiling*; Assistenzärzte: Dr. *Joachim Knieß*. 70 Pfleger, 54 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1875. In Familienpflege z. Zt. 83 Kranke. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung und Kinderabteilung.

Ülsby bei Schleswig (Prov. Schleswig-Holstein)

Villa Wilhelma, Privatpflegeanstalt für Gemüts- u. nervenkranke Frauen. Ebst. Ekebergkrug-Ülsby.

Bestand am 1. 1. 37: 16, Zugänge im Jahr 1936: 9, Abgänge 9. 16 Plätze. 1 Verpflegklasse. Arzt: Dr. *Ferdinand Schulze*. 2 Schwestern. Geschlossene Anstalt mit Aufnahme freiwilliger Pensionäre, Familienanschluß. Gegründet 1904.

Untergöltzsch bei Rodewisch i. V. (Sachsen)

Staatliche Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Rodewisch i. V. Mit Sonderabteilung für weibl. lungenkranke Geisteskranke; ab 1937 auch für männl. lungenkranke Geisteskranke u. asoziale Lungenkranke.

137 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 386 m., 495 w., Zugänge 148 m., 219 w., Abgänge 118 m., 165 w., darunter Todesfälle 26 m., 47 w. 900 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Chefarzt: Oberregierungs-Med.-Rat Dr. *Kell*; Oberarzt: Oberregierungs-Med.-Rat Dr. *Küffner*; Abteilungsärzte: Reg.-Med.-Räte: Dr. *Wallis*, Dr. *Butter*, Dr. *Kochendörfer*; Angest.-Arzt: Dr. *Keller*, Dr. *Schonefeld*. 67 Pfleger, 59 Schwestern. Gründungsjahr 1893. Psychiatrischer Außendienst. Beratungsstelle für Psychisch- und Nervenkranke. Geschlossene Anstalt.

Urach (Württemberg)

Sanatorium **Hachberg** für innere u. Nervenkranke. Ebst. Urach i. W.

174 a. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 5 m., 5 w., Zugänge im Vorjahr: 37 m., 99 w., Abgänge: 32 m., 88 w. 1 Verpflegklasse. Leiter: Dr. med. *Otto Klüpfel*. 3 Pflegepersonal. Offene Anstalt.

Ursberg (Bayersried-Ursberg, Schwaben)
Bezirksamt Krambach.

Anstalten d. **St. Josefkongregation** Ursberg für körperlich und geistig Schwächliche. Ebst. Ursberg, Schwaben.

561 Tagwerk. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 766 m., 731 w., Zahl der Zugänge im Jahre 1936: 63 m., 41 w., der Abgänge: 78 m., 68 w., darunter Todesfälle: 32 m., 21 w. 1500 Plätze. 1 Verpflegklasse; für bes. Wohlhabende eigene Rechnung. Kein Direktor, da die Anstalten Eigentum d.

Digitized by Google

St. Josefskongregation sind und als solche von der Generaloberin und von ihr bestellten Organen geleitet werden. Hauptamtlich angestellter Arzt: Dr. *Schreiber*. 4 Pfleger, 320 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung und je einem Pflegehaus für Männliche und Weibliche. Die St. Josephskongregation Ursberg hat noch ein Landhilfsschulheim mit 60 Plätzen für schwachbegabte Knaben in Grönenbach, Schwaben.

Volmerdingen bei Bad Oeynhausen (Prov. Westfalen)

Westf. ev. Pflege- und Erziehungsanstalt **Wittekindshof** für nicht epileptische Schwachsinnige. Ebst. Bad Oeynhausen.

165 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 768 m., 480 w., Zugänge 1936: 74 m., 60 w., Abgänge: 46 m., 36 w., darunter Todesfälle: 25 m., 22 w. 1315 Plätze. 1 Verpflegklasse. Anstaltsleiter: Pastor Theodor Brünger; Leit. Arzt: Dr. *Simon*, Abteilungsärzte: Oberarzt *Schuhmacher*, Dr. *Schubert*. 59 Pfleger, 50 Schwestern. Gründungsjahr 1887. Offene Privatanstalt der Inn. Miss. Zweiganstalt Ulenburg b. Löhne., event. Ausbildung in Werkstätten und Landwirtschaft.

Wahren-Dyhernfurth (Niederschlesien)

Staatl. Privat-Irrenanstalt f. kranke Schwestern. Ebst. Dyhernfurth.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 5 w., Zugänge im Vorjahr: 1 w., Abgänge: 2 w., darunter Todesfälle: 1 w. 10 Plätze. Arzt: Dr. *Kurbe*, Dyhernfurth. 3 Pflegepersonal. Geschlossene und offene Abteilung.

Waldbreitbach (Kreis Neuwied, Rheinprovinz)

Marienhaus, Heilanstalt für weibliche Nerven- und Gemütskranke. Eigentum der Franziskanerschwestern von Waldbreitbach.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 309 w., Zugänge im Jahre 1936: 151 w., Abgänge: 167 w., darunter Todesfälle: 39 w. 345 Plätze. 3 Verpflegklassen. Leitender Arzt: Dr. *Paul Landwehr*; 1 Assistent. 98 Schwestern. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Gegründet 1863.

Waldbröl (Rhld.)

Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Waldbröl, Rhld.

88 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 269 m., 415 w., Zugänge im Jahre 1936: 79 m., 93 w., Abgänge: 46 m., 82 w., darunter Todesfälle: 11 m., 36 w. 755 Plätze. 3 Verpflegklassen. Chefarzt: Dr. med. *Erich Bersch*; Assistenzärzte: *Otto Kloes*, Dr. med. *Gertrud Schmidt*, *Friedrich Henke*. 28 Pfleger, 35 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt. Offene Abteilung auf der Frauenseite.

Digitized by Google

Waldheim (Sachsen)

Landes-Heil- und Pflegeanstalt für kriminelle männliche Geisteskranke. Ebst. Waldheim.

3728 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 220. Zugänge im Vorjahr 113, Abgänge 106, darunter Todesfälle: 7. 235 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor Oberreg. Med.-Rat Dr. *Lothar Stemmler*, Oberreg. Med.-Rat Dr. *Eugen Rahnenführer*. 64 Pfleger. (Waldheim ist die älteste staatliche öffentliche Irrenanstalt Sachsens, ihre Eröffnung erfolgte am 4. 4. 1716. Im Jahre 1833 aufgehoben, wurde sie 1876 wieder eröffnet als Irrenstation bei der Strafanstalt Waldheim. Im Jahre 1919 wurde die Anstalt unter selbständige ärztliche Direktion gestellt und von der Strafanstalt losgelöst. Literatur: 1. Beschreibung des Chursächsischen allgemeinen Waisen- und Armenhauses in Waldheim. Dresden und Leipzig bei Christian Robritz, 1721. 2. Die Irrenstation bei der Strafanstalt Waldheim von Dr. *Knecht*, Allg. Zeitschrift für Psychiatrie 37. Band, 1881.)

Walldorf a. d. Werra

Kreisversorgungsheim. Ebst. Walldorf a. d. Werra.

Ca. 0,50 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 37 m., 38 w., Zugänge im Jahr 1936: 12 m., 11 w., Abgänge 8 m., 8 w., darunter Todesfälle 2 m., 1 w. Plätze 105. 1 Verpflegklasse. Leiter: Wirtschaftsinspektor Zwick. Anstaltsarzt: Dr. *Kurzok*, Ortsarzt in Walldorf. 1 Schwester. Offene Anstalt. Heim für Alte, Sieche u. harmlose Geisteskranke.

Warstein (Reg. Bez. Arnsberg, Prov. Westfalen)

Provinzial-Heilanstalt Ebst. Warstein.

124 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 797 m., 887 w., Zugänge im Vorjahre 328 m., 395 w., Abgänge 337 m., 391 w., darunter Todesfälle 65 m., 61 w. 1844 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Hinnerk Petermann*, Ober-Med. Rat; Oberärzte Dr. *Hans Merguet*, Med. Rat, Dr. *Bernhard Meckmann*, Oberarzt in bes. Stelle, Dr. *Paul Engelmann*, Oberarzt in bes. Stelle, Oberärzte: Dr. *Karl Wegener*, Dr. *Heinrich Stolze*, Dr. *Rudolf Fabry*; Ass. Ärzte: Dr. *Brands*, Dr. *Rüsing*, Dr. *Wolfer*. 102 Pfleger, 16 Pflegerinnen, 95 Ordensschwestern. Gründungsjahr 1905. In Familienpflege 62 Kranke. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Wassenberg (Rheinland)

Heilstätte für alkoholkranke Frauen Marienhaus. Ebst. Wassenberg, Rhld.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 20 w., Zugänge im Vorjahr: 24 w., Abgänge 22 w. 28 Anstaltsplätze. 2 Verpflegklassen. Bekenntnis: kathol. Oberin: Schwester Feliciana. Arzt: Dr. *A. Hoffmann* in Wassenberg. 4 Schwestern. Offene Anstalt. Gegründet 1908. Besitzer: Mutterhaus der Vinzentinerinnen in Köln-Nippes. Zusammenarbeit mit Kreuzbild.

Digitized by Google

Wehnen bei Bloh (Oldenburg)

Oldenburgische Heil- u. Pflegeanstalt f. Geistes- u. Nervenkranke. Ebst.: Bloh, Post Ofen (Oldenburg).

95 ha., Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 386 m., 374 w., Zugänge im Vorjahr: 142 m., 161 w., Abgänge 104 m., 165 w., darunter Todesfälle 52 m., 59 w. Plätze 507. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Ober-Med. Rat Dr. *Kurt Mönch*, Dr. *Fritz Krebs*. Dr. *Ernst Pfrieme*. 1 Oberpfleger, 49 Pfleger, 1 Oberschwester v. Roten Kreuz, 46 Pflegerinnen. 1858 eröffnet. Geschlossene Anstalt m. offener Abteilung.

Weilmünster (Oberlahnkreis)

Landesheilanstalt Ebst. Weilmünster-Kurhaus.

81 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 165 m., 369 w., Zugänge im Jahre 1936: 746 m., 64 w., Abgänge 136 m., 75 w., darunter Todesfälle 42 m., 38 w. 1250 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor: Dr. *Schneider*; Oberarzt Dr. *Mairoser*; Anstaltsärztin *Vorschütz*; Anstaltsarzt Dr. *Vigano*; Vol. Arzt Dr. *Roth*, 1 Med. praktikant. 57 Pfleger, 41 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt. Beratungsstelle für psychisch Kranke, Familienpflege. In der Anstalt befindet sich noch ein Aufnahmeheim für männliche schulentlassene Fürsorgezöglinge; außerdem Beratungsstelle für Tuberkulöse, mit Röntgenuntersuchungen.

Weinheim a. d. Bergstraße (Baden)

Kreispflegeanstalt des Kreises Mannheim in Weinheim. Ebst. Weinheim.

Gründungsjahr 1886. 4 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 423 (219 m., 207 w.), Zugänge im Vorjahr: 60 m., 66 w., Abgänge: 49 m., 51 w. Anstaltsdirektor Kr. Med. Rat Dr. *Bock*. Personal 28. Allgem. öffentl. Pflegeanstalt für Altersschwache, chronisch Kranke, Gebrechliche, Sieche, Geistesschwache, ruhige Geisteskranke u. dergl. Halboffene Anstalt.

Weinsberg (Württemberg)

Staatliche Heilanstalt für Geisteskranke. Ebst. Weinsberg.

85 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 378 m., 366 w., Zugänge im Vorjahr: 124 m., 99 w. Abgänge 111 m., 109 w., darunter Todesfälle 30 m., 28 w. 684 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Obermedizinalrat Dr. *Hugo Sayler*, Medizinalrat Dr. *Karl Eugen Jooß*, Medizinalrat Dr. *Heinrich Fehr*, Med. Rat Dr. *E. Wittermann*, Oberärztin Dr. *Hilde Lauenroth*. 70 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1903. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Beratungsstelle für Psychisch- und Nervenkranke.

Digitized by Google

Weissenau (Donaukreis, Württ.)

Heilanstalt für alle Formen von Geisteskrankheit.

400 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 485 m., 422 w., Zugänge im Vorjahr 135 m., 130 w., Abgänge 140 m., 150 w., Todesfälle 35 m., 26 w. 980 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Ober Med. Rat Dr. *Theodor Buder*, Oberärzte Med.Rat *Max Sorg*, Dr. *Hugo Götz*, Dr. *Wilhelm Weskott*, Dr. *Martha Fauser*, Assistenzarzt *Günther Rath*. 172 Pflegeperpersonal. Gründungsjahr 1892 (altes Prämonstratenserkloster). Geschlossene Anstalt mit 2 offenen landwirtschaftl. Kolonien. Familienpflege.

Weißenfels (Reg. Bez. Merseburg)

Landes-Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Weißenfels a. d. S.

0,8 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936 84 m., Zugänge 46 m., Abgänge 44 m., keine Todesfälle. 90 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor: Prov.-Obermedizinalrat *Dr. Wagner*. 2 Pfleger, 8 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt.

Weißensee b. Berlin siehe Berlin

Werneck (Kreis Unterfranken, Bayern)

Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Waigolshausen.

99 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 434 m., 424 w., Zugänge im Vorjahre 138 m., 126 w., Abgänge 109 m., 108 w., davon Todesfälle 29 m., 32 w. 816 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Pius Papst*; Medizinalrat Dr. *Alfred Röll*, Oberärzte Dr. *Kilian Hofmann*, Dr. *Walter Horn*, Dr. *Walter Fischel*, Assistenzärztin Dr. *Rosa Schiffmann*. 75 Pfleger, 18 Pflegerinnen, 49 Ordensschwestern. Gründungsjahr 1855. Kern der Anstalt das von Balthasar Neumann, dem Erbauer der Würzburger Residenz, im Auftrag des Fürstbischofs Friedrich von Schönborn erbaute Schloß Werneck; berühmter Barock-Bau. Teilweise geschlossene Bauweise, überall offener Betrieb. Psychiatrischer Außendienst. Beratungsstelle für Nerven- und Gemütskranke.

Wernigerode-Hasserode

Anstalt **Zum guten Hirten** für schwachsinnige und epileptische Mädchen. Friedrichstraße 104. Ebst. Wernigerode-Hasserode.

3071 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 56, Zugänge 2, Abgänge 4, darunter Todesfälle 4. 57 Plätze. 2 Verpflegklassen. Leitender Arzt Dr. *Rob. Herr*. 6 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt.

Westhof siehe Benninghausen.

Wichernheim (Sagan)

Heilstätte für Alkoholkranke in Sagan.

Digitized by Google

Besitzer: Schlesischer Verein für Innere Mission. Leiter: Superintendent M. Krüger. Arzt: Stadtarzt Dr. *Jüngling*. 16 Plätze. Haus- und Gartenarbeit.

Wiechs (Baden)

Kreispflegeanstalt f. d. Kreis Lörrach, Baden. Ebst. Schopfheim.

16 ha. Zahl d. Kranken am 1. 1. 1936: 176 m., 147 w., Zugänge im Jahr 1936: 54 m., 28 w., Abgänge 59 m., 31 w., darunter Todesfälle 26 m., 16 w. 330 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor: Ernst Klemm. Anstaltsarzt: Med. Rat Dr. *Hans Boeckel* in Schopfheim. 5 Pfleger, 5 Pflegerinnen. Offene Anstalt mit geschlossener Abteilung. (Die Anstalt wurde als „Asyl f. d. Siechen d. Kr. Lörrach" 1877 mit ruhigen Pat. der Irrenanstalt Illenau u. Pforzheim, soweit sie aus dem Kreis Lörrach stammten und keiner psychiatr. Behandlung bedurften, eröffnet. Die Anstalt hat sich zu einer Zuflucht- u. Pflegestätte der an verschiedenen körperl. u. psych. Krankheiten leidenden unbemittelten Volksgenossen entwickelt. Arbeitstherapie. Tägl. ärztl. Visite, wie in den staatl. Heil- u. Pflegeanstalten. Die geistig Abnormen sind nicht in besonderen Abteilungen untergebracht, sondern mit den geistig Gesunden verpflegt u. beschäftigt. Freier Ausgang und sonstige Bewegungsfreiheit in möglichst weitem Umfang.)

Wiesen (Kreishauptmannschaft Zwickau i. S.)

Pflegeheim für Geistesschwache, Altersschwache und Alleinstehende der Amtshauptmannschaft Zwickau und der Städte Werdau u. Crimmitschau. Ebst. Wiesenberg, Sa.

12 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 110 m., 203 w., Zugänge im Vorjahr 55 m., 69 w., Abgänge 62 m., 62 w., darunter Todesfälle 23 m., 32 w. 313 Plätze. 2 Verpflegklassen. Inspektor Erler in Wiesen; Arzt Reg. Med. Rat Dr. *Simon* in Zwickau. 4 Pfleger, 5 Pflegerinnen, 3 Stationsgehilfen. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Wiesloch b. Heidelberg (Baden)

Badische staatliche Heil- u. Pflegeanstalt für Geisteskranke. Ebst. Wiesloch-Stadt.

98 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 834 m., 689 w., Zugänge im Vorjahr 392 m., 365 w., Abgänge 340 m., 348 w., darunter Todesfälle: 49 m., 39 w. 1041 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Anstaltsdirektor Dr. *Wilhelm Möckel*; stellvertr. Direktor: z. Z. unbesetzt; Oberärzte Med.-Rat Dr. *Paul Walther*, Med. Rat Dr. *Alfred Schwenninger*; Anstaltsärzte Med. Rat. D. *Hans Schürlein*, Med. Rat Dr. *Neu*; Assistenzärzte Dr. *Hans Fischer*, *Norbert Vogel*, Dr. *Ludwig Schindlmayr*, Dr. *Wolfgang Schindlmayr*, Dr. *Erich Spannagel*, *X. Siegfried Wiesendanger* und Dr. *Oskar Erler*. 155 Pfleger. 125 Pflegerinnen, 2 Pflegeinspektoren, 2 Oberinnen. Gründungsj. 1905.

Digitized by Google

Geschlossene Anstalt mit offener Abtlg. Die Anstalt besteht aus 69 größeren u. kleineren Gebäuden, besitzt ein gesichertes Haus, eine Prosektur mit path. anatom. Laboratorien. Beratungsstelle für Nerven- u. Gemütskranke seit 1919.

Wilhelmshof siehe Uchtspringe

Winnental in Winnenden (Wttbg.)

Staatliche Heilanstalt für Geisteskranke. Ebst. Winnenden.

22 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 332 m., 342 w., Zugänge im Vorjahre 75 m., 88 w., Abgänge 73 m., 78 w., darunter Todesfälle 20 m., 9 w. 642 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Obermedizinalrat Dr. *Otto Gutekunst*, Oberarzt Medizinalrat Dr. *Hans Wildermuth*, Assistenzärztin Dr. *Hella Blankertz*, Assistenzärzte *Alfons Stegmann*, Dr. *Otto Stidl*. 62 Pfleger, 62 Pflegerinnen. (Gründungsjahr 1834. Früher Ordenshaus der Komthurei Winnenden des Deutschordens, später herzogliches Schloß.) Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Familienpflege. Beratungsstelle für psychisch- und Nervenkranke.

Wirsberg (Oberfranken)

Sanatorium **Goldene Adlerhütte** für Neurastheniker, Hysterische, Arteriosklerotiker. Ebst. Neumarkt-Wirsberg, Oberfranken.

13 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 2 m., 4 w., Zugänge im Vorjahr: 40 m., 44 w., Abgänge 38 m., 40 w. 25 Plätze. 1 Verpflegklasse. Besitzer u. Leiter: Dr. *Eduard Margerie*. Pflegepersonal 1—2. Offene Anstalt. Geisteskranke, Epileptiker und Süchtige werden nicht aufgenommen. Gründungsjahr 1912.

Wittstock, Dosse (Kreis Ostpriegnitz)

Brandenburgische Pflegeanstalt.

239 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 283 m., 270 w., Zugänge im Jahre 1936: 130 m., 36 w., Abgänge 70 m., 34 w., darunter Todesfälle 44 m., 17 w. 620 Plätze für 210 geisteskranke, 140 sieche Männer, 200 geisteskranke, 70 sieche Frauen. 1 Verpflegklasse (Personal extra). Direktor Dr. med. *Hermann Riemann*; Assistenzarzt Dr. med. *Martin Stephan*. Pflegepersonal 56 m., 40 w. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen. Familienpflege.

Wölfelsgrund (Kreis Habelschwerdt, Grafschaft Glatz)

Sanatorium für Nerven-, Innere-, Stoffwechselkranke und Rekonvaleszenten. Ebst. Ebersdorf, Kreis Habelschwerdt.

Digitized by Google

50 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 31 m., 50 w., Zugänge im Vorjahr 462 m., 637 w., Abgänge 431 m., 587 w., darunter Todesfälle 1 m., 3 w. 100 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leitende Ärzte: Dr. med. *Rudolf Jaenisch*, Dr. med. *Ernst Sommer*, Fachärzte für innere Krankheiten; 2 Assistenzärzte. 1 Pfleger, 6 Pflegerinnen. Offene Anstalt.

Wolbeck bei Münster i. W.

Nervenheilstätte. Ebst. Wolbeck b. Münster i. W.

50 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 2 m., 4 w., Zugänge im Jahr 1936: 33 m., 54 w., Abgänge 33 m., 50 w. 50 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor Dr. med. *W. Lackmann*. Pfleger 1, Pflegerinnen 1. Offene Anstalt. Kaltwasserkuren, Liegekuren, Psychotherapie.

Woltorf b. Peine (Braunschweig)

Sanatorium **Woltorf**, Privatklinik für Nerven- und Gemütskranke. Ebst. Woltorf an Bahnstrecke Braunschweig-Hannover.

20 Morgen, hiervon 15 Park. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 13 m., 25 w., Zugänge im Vorjahr 96 m., 81 w., Abgänge 93 m., 75 w., darunter Todesfälle 3 m., 5 w. 55 Plätze. 2 Verpflegklassen. Leit. Arzt Dr. med. *Paul Kruse*, 1 Hausarzt. 1 Oberin, 1 Hausdame, 1 Pfleger, 6 Schwestern, 2 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1897. Geschlossene Anstalt mit offener Abt. Aufnahme von Dauerpensionären.

Wormditt (Ostpr.)

Heilstätte **St. Andreasberg** für Schwachsinnige und Epileptische. Ebst. Wormditt.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 194 m., 228 w., Zugänge im Jahr 1936: 27 m., 33 w., Abgänge 38 m., 31 w., darunter Todesfälle 6 m., 12 w. 450 Plätze. 2 Verpflegklassen. Leiter: Erzpriester Dr. Schwank. Arzt San.-Rat Dr. *Rud. Ganter*. 10 Pfleger, 28 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Würzburg, Unterfranken (Bayern)

1. Psychiatrische und Nervenklinik der **Universität.**

3 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 40 m., 46 w., Zugänge im Jahre 1936: 881 m., 359 w., Abgänge 919 m., 389 w., darunter Todesfälle: 36 m., 21 w. 120 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Univ. Professor Dr. *Martin Reichardt*, Oberarzt Dozent Dr. *Werner Heyde*, Assistenzärzte Dr. *Wilhelm Schumacher*, Dr. *Richard Krämer*, Dr. *Karl Stössel*, Dr. *Hans Klaassen*, Dr. *Wolfgang Steinkopff*, Dr. *Elisabeth Pawlik*. 7 Pfleger, 22 Schwestern. Gründungsjahr 1893. Vorher bestand eine psychiatrische Abteilung im Juliusspital. (Näheres bei Rieger: V. Bericht aus der Klinik, Leipzig, Kabitzsch 1916). Geschlossene Klinikabteilungen und offene Abteilungen für neurologische Kranke, Nervöse. Psychotherapie. Begutachtungsabteilung. Poliklinik.

Digitized by Google

2. Epileptikerabteilung des **Juliusspitals** in Würzburg.

0,590 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 16 m., 13 w., Zugänge im Jahre 1936: 3 m., 2 w., Abgänge: 2 m., 1 w., darunter Todesfälle: 2 m., 1 w. 49 Plätze. 1 Verpflegklasse. Die fachärztliche Betreuung der Insassen obliegt dem Direktor der psychiatr. und Nervenklinik Universitätsprofessor Dr. med. *Martin Reichardt*, Würzburg. 4 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt.

3. **Krankenhaus** und Pfründner-Anstalt.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 34 m., 34 w., Zahl der Zugänge im Jahre 1936: 3 m., 3 w., der Abgänge 3 m., 1 w., darunter Todesfälle 3 m., 1 w. Leiter: Universitätsprofessor Dr. *A. Foerster*, Medizinalrat 1. Klasse. 6 Pflegepersonal. Geschlossene Anstalt.

Wunstorf (Hannover)

Landes-Heil- und Pflegeanstalt mit Abteilungen für Geisteskranke, Alkoholkranke und körperlich Sieche. Ebst. Wunstorf.

Anstaltsgelände 14 ha, Landwirtschaft 76 ha, Pachtland 215 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 504 m., 155 w. Davon entfallen auf: Allgemeine Abtlg. 222 m., 56 w. und Geisteskranken-Abtlg. 282 m., 99 w. Zugänge im Vorjahr 89 m., 6 w., 120 m., 99 w., Abgänge im Vorjahr 91 m., 14 w., 128 m., 94 w., darunter Todesfälle 19 m., 4 w., 17 m., 9 w. 95 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor Landesobermedizinalrat Dr. *Werner Gerstenberg*, 1. Oberarzt: Landesmedizinalrat Dr. *Otto Pförtner*, Oberarzt Dr. *Bernhard Winninghoff*, Hilfsarzt Dr. *Hans Meyer*. 67 Pfleger, 21 Pflegerinnen. Gegründet 1880. Psychiatrischer Außendienst. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen. Die Anstalt nimmt nur entmündigte oder unter vorläufiger Vormundschaft gestellte Alkoholkranke für die Mindestdauer eines Jahres auf. Psychotherapeutische Behandlung nach dem Pro- und Regressivsystem.

Wustrow (Ribnitz)-Niehäger Kinderkaten Mecklenburg

Heilpädagogisches Kinderheim. Ebst. Wustrow (Ribnitz).

Zahl der Zöglinge am 1. 1. 1936: 5 m., 5 w., Zugänge im Jahre 1936: 10 m., 8 w., Abgänge 9 m., 11 w. Im Sommer 15, im Winter 10 Plätze. 1 Verpflegklasse. Träger des Heims ist der Verein f. Heilerziehung Berlin-Marienfelde, Vorsitzende: Lotte Nohl; betreuender Arzt Dr. *Meyer*, Wustrow (Mecklenburg). 4 Pflegerinnen. Offene Anstalt. Möglichkeit der öffentlichen Volksschule u. Mittelschule.

Zeitz (Prov. Sachsen)

Landes-Heil- und Pflegeheim. Ebst. Zeitz.

Digitized by Google

71 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 143 m., 23 w., Zugänge im Jahr 1936: 49 m., 9 w., Abgänge 16 m., 7 w., darunter Todesfälle 4 m. 203 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor Dr. med. *Friedrich Wagner*, Provinzial-Obermedizinalrat, allein tätiger Arzt. 23 Pfleger, 5 Pflegerinnen. Offene Anstalt. Psychiatrischer Außendienst.

Zepernick bei Berlin

Sanatorium Heidehaus für Erkrankungen des Zentralnervensystems, Gemütskrankheiten, nervöse u. seelische Störungen für innere Erkrankungen jeder Art; Entziehungskuren. Ebst. Zepernick.

Inhaber Dr. med. *W. Schauss;* leitender Arzt Dr. *W. Burlage*, Nervenarzt; 3 Ärzte. Vorortverbindung von Berlin S.-Bahnhof Friedrichstr.

Zeulenroda (Thüringen)

Kreisversorgungsheim für Geistesschwache und Alte. Ebst. Zeulenroda, Thür.

3 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 59 m., 95 w., Zugänge im Vorjahr 18 m., 28 w., Abgänge 12 m., 27 w., darunter Todesfälle 5 m., 15 w. 156 Plätze. 1 Verpflegklasse. Heimleiter: Herm. Groer; Anstaltsarzt Dr. med. *Weirich*. Pflegepersonal 7. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Zieglerstift siehe Haslachmühle

Zoar-Tormersdorf bei Rothenburg (O.-L.)

Pflegehaus für Geisteskranke, Schwachsinnige und Epileptische. Ebst. Rothenburg, O.-Lausitz.

3 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 161 m., Zugänge im Jahr 1936: 28 m., Abgänge 13 m., davon Todesfälle 6 m. 180 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leiter des Brüder- und Pflegerhauses Zoar: Pastor Curt Zitzmann in Tormersdorf. Arzt Dr. med. *R. Knape* in Rothenburg (Lausitz). 23 Pfleger. Offene Anstalt mit geschlossener Abteilung.

Zschadrass bei Colditz (Sa.)

Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke. Ebst. Colditz.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 581 m., 582 w., Zahl der Zugänge im Vorjahr 195 m., 269 w., Abgänge 164 m., 221 w., darunter Todesfälle 43 m., 25 w. 1200 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Oberreg.-Medizinalrat Dr. *Max Liebers*, Chefarzt; Oberreg.-Medizinalrat Dr. *Thilo Volkmann*, Oberarzt; Reg.-Med.-Räte Dr. *Friedrich Schaefer*, Dr. *Kurt Schulze*, Dr. *Erich Göt-*

Digitized by Google

ting; Assistenzärzte Dr. *Wolfgang Resch*, *Horst John*, *Herbert Eckardt*; Vertragsarzt Dr. *Anton Jantschitsch*. 86 Pfleger, 12 Lernpfleger, 13 Wärter, 58 Schwestern, 3 Lernschwestern, 3 Hilfsschwestern, 64 Wärterinnen. 1868 als koloniale Außenabteilung der Landespfleganstalt Colditz gegründet und am 1. Juli 1894 als selbständige Heil- und Pflegeanstalt eröffnet. Familienpflege. Geschlossene Anstalt.

Zülpich, Kloster Hoven (Krs. Euskirchen, Bez. Bonn)

Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke. Ebst. Zülpich.

41000 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 702 w., Zugänge im Jahre 1936: 63 w., Abgänge 56 w., darunter Todesfälle 28 w. 715 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Dr. *Ludwig Peters*, leitender Arzt, Dr. *Maria Lucie Hamacher*, Assistenzärztin, Dr. *Gustav Neukirch*, Hausarzt. 99 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Zwiefalten, Donaukreis (Württemberg)

Württembergische Staats-Irrenanstalt. Ebst. Zwiefaltendorf.

39 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 360 m., 239 w., Zugänge im Vorjahr 119 m., 131 w., Abgänge 105 m., 165 w., darunter Todesfälle 14 m., 15 w. 657 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor: Prof. Dr. med. *Hans Gruhle*; Assistenzärzte: Dr. *Erich Junk*, Dr. *Alfons Schweiger*, Dr. *Alois Bischoff*, Dr. *Hans Schwermann*. 58 Pfleger, 48 Pflegerinnen. (Gründungsjahr 1812, frühere reichsunmittelbare Benediktinerabtei). Geschlossene Anstalt. Psychiatrischer Außendienst. Poliklinik.

Zwischenahn-Bad (Amt Ammerland in Oldenburg)

Sanatorium **Dr. Niemoeller** für Nervenkranke.

3,5 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 4 m., 8 w., Zugänge im Jahre 1936: 319 m., 365 w., Abgänge 319 m., 372 w., darunter Todesfälle 1 w. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Sanitätsrat Dr. *Niemoeller*, Dr. *Jauerneck* 1 Pfleger, 2 Pflegerinnen. Offene Anstalt.

Nachträge

7. **Versorgungsheim Hamburg-Farmsen** in Hamburg-Farmsen, August Krogmannstr. 100. Die Anstalt untersteht ebenfalls der Direktion der staatlichen Wohlfahrtsanstalten (wie auch die Anstalt Arensch). In ihr befinden sich Geistesschwache Geisteskranke, Epileptiker, Taubstumme und allerlei sozial schwierige Personen (Vorbestrafte, Prostituierte), auch Lungenkranke.

Digitized by Google

Bestand der Anstalt Hamburg-Farmsen (7) einschließlich der Trinkerheilstätte (6) am 1. 1. 1937 1152 m. und 781 w., Zugänge im Jahre 1936 804 m. und 331 w., Abgänge 787 m. und 267 w. Die Einweisung der verschiedenen Kategorien von Insassen ist erfolgt auf Grund der §§ 6 und 1906 BGB., des § 20 der Fürsorgepflichtverordnung, des § 42 b, c, d, e—h StGB., des § 22 eines Hamburgischen Polizeigesetzes und des § 13 der Reichsgrundsätze. Leitender Oberarzt: Dr. *Buchta*, Assistenzarzt Dr. *Hirsch*.

Klaistow

Heilstätte Klaistow für Alkoholgefährdete. Post Klaistow Nr. 24 über Werder-Havel, Tel. Berlin G 6/2545—2546.

10 Plätze. Leitung: Geschäftsführer Ferdinand Goebel in Berlin-Lichterfelde-West, Potsdamer Str. 57. Hausvater Hermann Kaiser. Besitzer Bezirksverein gegen den Alkoholmißbrauch Berlin-Brandenburg e. V. Mit der Heilstätte sind 20 Morgen Obstplantage und eine größere Süßmosterei verbunden.

Neustadt (Schwarzwald)

Institut der Deutschen Hirnforschungsgesellschaft m. b. H. in Essen. Ebst. Neustadt (Schwarzwald).

Wissenschaftliche Leiter C. und O. Vogt; Mitarbeiter Strasburger, Sgonine, Heyse, Beheim, Hassler, Schumann und Marthe Vogt. Hirnanatomische Abt. und Abt. f. zoologische Sippenforschung.

Heilstätten für Alkoholkranke:

Freistaat Baden: Renchen.
Freistaat Bayern: St. Johannisheim (Meitingen bei Augsburg).
Hutschdorf bei Thurnau.
Freistaat Hessen: Burgwald bei Eberstadt a. d. Bergstraße.
Freistaat Sachsen: Seefrieden bei Moritzburg (Bez. Dresden).
Borsdorf.
Freistaat Württemberg: Zieglerstift in Haslachmühle.
Provinz Brandenburg: Klaistow.
Provinz Hannover: Wunstorf.
Stift Isenwald bei Gifhorn (Reg. Bez. Lüneburg).
Provinz Hessen: Karlshospital in Kassel.
Provinz Ostpreußen: Stenken.
Provinz Sachsen: Wilhelmshof in Uchtspringe.

Digitized by Google

Provinz Schlesien: Parksanatorium in Jauer.
Wichernheim (Sagan).
Johannesheim, Buchenlust (Kreis Gleiwitz).
Breslau-Herrenprotsch.
Provinz Schleswig-Holstein: Falkenhag, Rickling i. Holst.
Provinz Westfalen: Westhof, Benninghausen über Lippstadt.
Blaukreuzhof über Hamm (Westf.), Eilmsen.
Eckardsheim b. Bielefeld (Thekoa).
Herford, Elim.
Maria-Veen (Kr. Borken).
Rheinprovinz: Lintorf (Bez. Düsseldorf) a) Siloah, b) Bethesda.
Brauweiler.
Marienhaus in Wassenberg (Rhld.)
St. Kamillushaus in Essen-Heidhausen (Ruhr).
Johanneshöhe in Leutesdorf.

Digitized by Google

B. Österreich

Biedermannsdorf a. d. Asp.-Bahn, N. Ö.

„Stephanie Stiftung“, Bildungsanstalt für geistig zurückgebliebene Kinder. Ebst. Biedermannsdorf, N. Ö., Bez. Mödling.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 214. Im Vorjahre Zahl der Zugänge: 53, Abgänge: 43; darunter 1 Todesfall. Direktor Franz Viehmann, S.R., Anstaltsarzt Dr. *Sebastian Strommer*, Univ.Prof., Dr. *Franz Hamburger*, Psychiater; Hofrat Dr. *Eduard Benoni*, fachlicher Berater. 220 Plätze, 2 Verpflegklassen. 10 Lehrerinnen, 4 Werkmeister, 13 Wärterinnen. Gegründet 1883. Offene Anstalt. Eigentum eines Vereines. Mit der Anstalt sind eine 6klassige Hilfsschule, 1 Arbeitsschule, 1 Vorschule und die gebräuchlichsten Handwerkstätten verbunden.

Bruck a. d. Mur, Steiermark

Piusinstitut der barmherzigen Schwestern vom heiligen Kreuz zur Pflege, Erziehung und zum Unterricht schwachsinniger Kinder.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 81 Knaben, 78 Mädchen, Zugänge im Vorjahre: 18 Knaben, 21 Mädchen, Abgänge: 16 Knaben, 7 Mädchen, darunter 1 Todesfall m. 180 Plätze. Arzt Dr. *Hans Schweitzer*. 26 Schwestern. Gegründet 1879.

Eggenburg (Niederösterreich)

Erziehungsanstalt der bundesunmittelbaren Stadt Wien-Eggenburg. Ebst. Eggenburg an der Franz-Josefsbahn.

342 Joch einschl. der anstaltseigenen Ökonomie. Zahl der Verpflegten am 1. 1. 1937: 298 m., Zugänge im Vorjahr: 152 m., Abgänge 106 m., kein Todesfall. 310 Plätze. 1 Verpflegsklasse. Direktor Julius H. Wais. Dr. *Franz Kuscher*, Eggenburg N.Ö. Gruppe Erziehung und Schule 30, Gruppe Werkstättenunterricht 15 Erzieherinnen und Lehrerinnen; Krankenpflegerinnen 2. Geschlossene Anstalt erhält 1 Schulkinderabteilung mit 3 Erziehungsgruppen, 1 Sonderschule mit 4 Klassen, 1 Jugendlichenabteilung mit 8 Erziehungsgruppen, 1 allgem. gewerbl. Fortbildungsschule mit 6 Klas-

Digitized by Google

sen, 10 Lehrwerkstätten, 1 Strafgruppe. Geschlossene Erziehungsanstalt, in die die Zöglinge auf Grund des § 16, Absatz 2 des Gesetzes vom 24. 5. 1885, R. G. Bl. Nr. 89 bzw. 90 oder vom 18. 7. 1928 B. G. Bl. Nr. 234 eingewiesen werden.

Eugendorf (Salzburg)

Landesidiotenanstalt „Konradinum".

Gallneukirchen bei Linz a. d. Donau (Oberösterreich)

Offene Abteilung für epileptische, schwachsinnige und nervenleidende Männer und junge Männer im Friedenshort, geschlossene Abteilung für epileptische und nervenleidende Frauen und offene Abteilung für schwachsinnige Kinder im Martinstift, sowie geschlossene Abteilung für blöde Kinder im Elise-Lehnerhaus der evangelischen Diakonissenanstalt Gallneukirchen.

Zahl der Kranken einschließlich Kinderabteilung am 1. Jänner 1937: 60 m., 75 w., im Vorjahr Zahl der Zugänge 11 m., 6 w., Zahl der Abgänge 6 m., 7 w., darunter Todesfälle 1 w. 135 Plätze. 2 Pflegeklassen. Vorsteher und Rektor der Diakonissenanstalt: Pfarrer August Kornacher; Anstaltsarzt Dr. *Wilhelm Pokorny*. 6 Pflegeschwestern, 7 Probeschwestern, 3 Pfleger. Gegründet 1877. Außenfürsorge durch Gemeindeschwestern.

Graz (Steiermark)

1. Psychiatrisch-neurologische Klinik der Universität Graz.

2431 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 90 m., 101 w., Zugänge im Vorjahr 1427 m., 1358 w., darunter Todesfälle 47 m., 30 w. 248 Plätze. 3 Verpflegsklassen. Ärzte: Dr. *Otto Kauders*, Vorstand der Nervenklinik, a. o. Univ. Professor; Dr. *Eduard Phleps*, Primarius der landwirtschaftlichen Abteilung E; Assistenten: Dr. *Karl Mayr*, Dr. *Hans Bertha*, Dr. *Stefanie Brücke*, Dr. *Hans Kolmer*; wissenschaftl. Hilfskraft: Dr. *R. Lonauer*, Demonstrator: Dr. *Gebhardt Theiner*; 4 landwirtschaftliche Sekundärärzte, welche viermonatlich wechseln. 15 Schwestern, 13 Pfleger, 27 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1870. Zuerst als Lehrkanzel begründet mit Vorlesungen in der Landesirrenanstalt „am Feldhof" bei Graz. Dann 1874 Begründung einer Beobachtungsabteilung im Landeskrankenhaus in Verbindung mit der Lehrkanzel. 1878 Schaffung einer offenen Nervenstation und Ambulanz. 1912 Neubau der vereinigten Universitäts-Nervenklinik und Abteilung. Vorstände: 1870—1872 Czermak, 1873—1889 v. Krafft-Ebing, 1889—1893 Wagner von Jauregg, 1893—1905 Gabriel Anton, 1905—1934 Fritz Hartmann, seit 1935 Otto Kauders. Wachstation, geschlossene und offene Abteilung. Klinisches Ambulatorium und Therapie: Zugänge 1936: 893 m., 1123 w. Psychotherapeutische Sprechstunde (Leiter Dr. *A. Petschig*).

Digitized by Google

2. Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke: Am Feldhof, Post Graz.

50 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 998 m. (davon 150 in der Fil. Kainbach), 1069 w. (davon 148 in der Fil. Lankowitz), Zugänge im Vorjahr 412 m., 420 w., Abgänge 375 m., 418 w., darunter Todesfälle 99 m., 140 w. 1800 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Hofrat Dr. *Richard Weeber;* Abt.-Vorstände: Dr. *Hans Machan*, Dr. *Ernst Sorger*, Dr. *Hans Mayr*, Dr. *Peter Korp;* Abt. Ärzte: Dr. *Ernst Arlt*, Dr. *Ernst Hofmann*, Dr. *Anton Oswald*, Dr. *Hans Koß*, Dr. *Karoline Aigner*, Dr. *Rudolf Torggler*. 35 barmherzige Schwestern, 98 Pfleger, 144 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1873. Richard Freiherr v. Krafft-Ebing (1873—1880) schrieb hier im Feldhof sein Lehrbuch der Psychiatrie. Geschlossene Anstalt.

Gschwendt (Oberösterreich)

Oberöstr. Landes-Pflegeanstalt für Geistessieche. Ebst. Neuhofen a. d. Krems.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 133 (17 m., 116 w.), Zahl der Zugänge im Vorjahr: 1 m., 9 w., Abgänge: 1 m., 8 w., darunter Todesfälle: 4 w. 134 Plätze. 1 Verpflegklasse. Die Anstalt steht unter Leitung des Direktors der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Niedernhart bei Linz und bekommt die Kranken über Niedernhart. Behandelnder Arzt: Med. Rat Dr. *Rudolf Fassel*, Neuhofen a. d. Kr. 3 Pfleger, 10 Schwestern. Geschlossene Anstalt.

Gugging bei Wien (Niederösterreich)

N. Ö. Landes-Irrenanstalt. Ebst. Klosterneuburg-Kierling (Franz Josefsbahn).

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 618 m., 513 w., Zugänge 1936: 166 m., 172 w., Abgänge: 136 m., 182 w., darunter Todesfälle: 24 m., 37 w. 1120 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Dirigierender Primararzt Dr. *Ludwig Küttel*, Oberarzt Dr. *Josef Aiginger*; ordinierende Ärzte Dr. *Karl Breiteneder*, Dr. *Koloman Nagy*, Sekundararzt Dr. *Hermann Hofer*, Vertragsarzt Dr. *Eduard Mildner*. 66 m., 58 w. Pflegepersonen. Gegründet 1885. Erweiterungsbau 1895—1896.

Hall in Tirol

Landesheil- und Pflegeanstalt.

5589 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 302 m., 218 w., Zugänge im Vorjahr: 214 m., 169 w., Abgänge: 219 m., 168 w. 550 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Leit. Primararzt: Dr. *Ernst von Klebelsberg*; Abteilungsärzte: Dr. *Ludwig von Schmuck*, Dr. *Adolf Wiedemann*. 75 Pflegepersonal. Gründungsjahr 1830. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen.

Digitized by Google

Hartheim b. Alkoven-O. Ö.

Anstalt für Schwachsinnige.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1936: 168 Pfleglinge, Zugänge im Jahre 1936: 29, Abgänge: 29, darunter 13 Todesfälle. 182 Plätze. 1 Verpflegsklasse. Dir.: R. R. Karl Mittermayer, Arzt: Dr. *Erasmus Grünbacher*. 16 Schwestern. Offene Anstalt. Gegründet 1898.

Hollabrunn, Niederösterreich

N. Ö. Landes-Erziehungsheim für schwererziehbare Kinder.

160 Plätze. = 110 Mädchen, 50 Knaben. Direktion *M. Majella Wagner*, Ordensschwester. 23 Schwestern, Lehrerinnen, Erzieherinnen, Wirtschaftsschwestern. Geschlossene Anstalt. Gegründet 1922.

Innsbruck (Tirol)

Klinik für Psychiatrie und Neurologie der Universität Innsbruck.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 45 m., 29 w., Zugänge 1936: 786 m., 661 w., Abgänge: 783 m., 666 w., darunter Todesfälle: 27 m., 30 w. 2 Verpflegsklassen. 105 Plätze. Ärzte: Stellvertr. Leiter Dr. *Franz Schmuttermayer*; Assistenten: Dr. *Hans Ganner*, Dr. *Elisabeth Niedoba*, Dr. *Karl Larcher*, Dr. *Walter Längle*; Hilfsärzte: Dr. *Hans Zumpfe*, Dr. *Elisabeth Kubasta*. 20 Pflegepersonal. 1891 gegründet unter Professor Gabriel Anton, 1895—1934 Vorstand Professor Dr. C. Mayer. Außenfürsorge in Verbindung mit den städtischen Fürsorgeinstitutionen. Beratungsstelle im Ambulatorium der Klinik. Psychiatrische Abteilung geschlossen, neurologische Abteilung offen. August 1937 Eröffnung des Neubaues der Psychiatrisch-Neurologischen Klinik.

Inzersdorf bei Wien

Privat-Heilanstalt für Nerven-, Gemüts- und Geisteskranke. Eisenbahn-, Post- u. Privat-Autobushaltestelle.

2,9 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 19 m., 34 w., Zugänge im Vorjahre: 54 m., 60 w., Abgänge 52 m., 57 w., darunter Todesfälle: 3 m., 2 w. 70 Plätze. 1 Verpflegsklasse. Direktor und Mitbesitzer: Med.Rat Dr. *Edgar Fries*, Primararzt Dr. *Karl Noe-Nordberg* und Dr. *Josef Szigeti*. Gegründet 1872 in dem früher fürstlich Lobkowitzschen Sommerlandsitz. Geschlossene Anstalt in Pavillonsystem mit offener Abteilung.

Klagenfurt (Kärnten)

1. Kärntnerische Landesirrenanstalt in Klagenfurt.

Digitized by Google

5 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 373 m., 377 w., Zugänge 1936: 195 m., 151 w., Abgänge 195 m., 137 w., darunter Todesfälle 38 m., 27 w. 780 Plätze. 2 Verpflegklassen. Direktor der Landeswohltätigkeitsanstalten Prim. Dr. *Karl Folger*. Männerabteilung: Hofrat Primararzt Dr. *Friedrich Nemitz*, Hausarzt Dr. *Franz Niedermoser*. Frauenabteilung: Primararzt Dr. *Franz Winter*. 46 Pfleger, 44 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1877. Seit 1916 auch Beobachtungsabteilung. Geschlossene Anstalt.

2. Erziehungsanstalt „Maria Josefinum" St. Martin b. Klagenfurt für schwachsinnige Kinder v. 6. bis 14. Lebensjahr.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 25 m., 25 w., Abgänge im Vorjahr 4 m., 3 w. 60 Plätze. Arzt: Hofrat Prof. Dr. *Torggler*. Frauenkomité: Präsidentin Frau Hofrat v. Rainer zu Harbach (Verein zur Gründung u. Erhaltung der Erziehungsanstalt für schwachsinnige Kinder). Gegründet 1900.

Laßnitzhöhe bei **Graz**, Steiermark

Offene **Privat-Heilanstalt** für leichte Psychosen.

Durchführung von Malaria- und Krampfkuren auf modernster Grundlage. Leiter: Medizinalrat Dr. *Eduard Miglitz*. Gegründet 1900.

Mauer-Öhling (Nieder-Österreich)

Niederösterreichische Landes-Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Mauer-Öhling Westbahn, Schnellzugsstation Amstetten.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 946 m., 878 w., Zugänge im Jahre 1936 227 m., 213 w., Abgänge 229 m., 208 w. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Dr. *Michael Scharpf*, Direktor; Prim. Dr. *Josef Schicker*, Dir. Stellv.; Ord. Oberarzt Dr. *Edwin Grabherr*; Ordinierende Ärzte Dr. *Karl Oman*, Dr. *Franz Siebert*, Dr. *Josef Brigl*; prov. Anstaltsarzt Dr. *Franz Wöss*. Pflegepersonen 208. Eröffnung 2. 7. 1902 durch S. M Kaiser Franz Josef. Pavillonsystem mit geschlossenen und offenen Abteilungen. Familienpflege.

Neudörfl (Burgenland)

Landes-Alters- und Siechenheim. Über Zuweisung der Bgld. Landeshauptmannschaft finden körperliche und geistig Sieche, sowie Alte beiderlei Geschlechtes Aufnahme. (Geistessieche sind in der Mehrzahl). Ebst. Neudörfel.

Zirka 3 Joch. Zahl der Verpflegten am 1. 1. 1937: 124 m., 50 w., Zugänge im Vorjahre: 33 m., 24 w., Abgänge: 35 m., 21 w., darunter Todesfälle: 11 m., 7 w. 184 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leiter: Verwalter Georg Landwehr-Pragenau. Anstaltsarzt: M. R. Dr. *Aladar Jakobovits*, Gemeindearzt in Neudörfl. 12 geistliche Schwestern und 9 weltliche Pfleger. 4 geschlossene und 1 offene Abteilung. Die Errichtung einer Isolierabteilung

Digitized by Google

mit 8 Betten und einer fünften geschlossenen Abteilung mit 12 Betten wird im laufenden Jahre durchgeführt werden.

Niedernhart-Linz a. d. Donau (Oberösterreich)

O. ö. Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke. Ebst. Linz a. d. D.

144 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 37: 514 m., 506 w., Zugänge im Jahre 1936: 161 m., 181 w., Abgänge: 132 m., 136 w., darunter Todesfälle: 10 m., 33 w. 768 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Joseph Böhm*, San.Rat; Dr. *Gustav Comerval* Med. Rat, Dr. *Matthias Peintror*, Primarius Dr. *Franz Wiesinger*, Dr. *Franz Mayer*. 97 Pfleger, 66 Pflegeschwestern, 8 weltliche Pflegerinnen. Gründungsjahr 1867. Geschlossene Anstalt.

Rekawinkel bei Wien (Niederösterreich)

Sanatorium Rekawinkel für Nerven- und Psychischkranke. Ebst. Hietzing-Umgebung, Rekawinkel.

150000 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 17 m., 23 w., Zugänge im Vorjahre 45 m., 67 w., Abgänge 46 m., 67 w., darunter Todesfälle 2 m., 1 w. 70 Plätze. 2 Verpflegklassen. Besitzer und Chefarzt: Dr. *Sigmund Weiß*, Chefarzt-Stellvertreter: Dr. *Viktor Spörl*, Administrativer Direktor: Dr. Paul Meixner.

Salzburg (Land Salzburg)

Landesheilanstalt für Geistes- und Gemütskranke.

51 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 244 m., 256 w., Zugänge im Jahre 1936: 182 m., 212 w., Abgänge: 166 m., 201 w., darunter Todesfälle: 21 m., 26 w. 3 Verpflegklassen. 510 Plätze (472 III Kl., 38 I. u. II. Kl.). Ärzte: Direktor: Obermedizinalrat Dr. *Leo Wolfer*, Primararzt: Dr. *Hans Gföllner*, Assistenzarzt: Dr. *Johann Farbmacher*. 39 Pfleger, 42 Schwestern. Gründungsjahr 1898. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Schwanberg (Steiermark)

Landespflegeheim für Geisteskranke. Ebst. Schwanberg.

34 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 131 m., 89 w., Zugänge im Vorjahr: 14 m., 9 w., Abgänge: 15 m., 9 w., darunter Todesfälle: 13 m., 7 w. 222 Plätze. 1 Verpflegklasse. Verwalter: Karl Müller v. Riensburg; ärztliche Leitung: Med. Rat Prim. Dr. *Adolf Wojatschek*. 5 barmherzige Schwestern, 5 weltliche Pflegerinnen, 12 weltliche Pfleger. Geschlossene Anstalt.

Schwarzach im Pongau (Land Salzburg)

Fürstl. Schwarzenbergsche Versorgungsanstalt Scheremberg-Schwarzach für Geistessieche und Nervenkranke.

Digitized by Google

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 161, Zugänge 1936: 32, Abgänge: 23, darunter Todesfälle 8 m., 4 w. 163 Plätze. 3 Verpflegklassen. Oberin Schwester Leandra Schock. Primärarzt: Dr. *Bernhard Veitl.* 2 Pfleger, 13 Schwestern. Gegründet 1845. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Süßenbrunn-Schloß (Niederösterreich)

Pflege- und Beschäftigungsheim für schulbefreite und schulentwachsene Kinder bis zu 18 Jahren. Ebst. Süßenbrunn a. d. Nordbahn.

17250 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 37: 34 m., 27 w., Zugänge im Vorjahr: 12 m., 8 w., Abgänge: 10 m., 4 w., darunter Todesfälle —. 63 Plätze. 3 Verpflegsklassen. Inhaberin und Leiterin: Direktor Adelheid Reisinger, kfm. Leiter: Kfm. Eduard Reisinger. Heimarzt: Med. Rat Dr. *Josef Piringer* in Gerasdorf a. d. Ostbahn. 1 Lehrerin, 1 Kindergärtnerin, 7 Pflegerinnen. 4 Abteilungen, alle offen. Schulmäßige, vorschulmäßige, und landwirtschaftliche Beschäftigungstherapie.

Treffen bei Klagenfurt (Kärnten)

Trinkerheilanstalt; dem Blaukreuz angehörig — nicht unter ärztlicher Leitung.

Tulln bei Wien

Privat-Sanatorium für Nerven- und Geisteskranke. Ebst. Tulln (Franz Josefsbahn).

6 ha Park, 40 ha Landwirtschaft. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 30 m., 34 w., Zugänge im Vorjahr: 19 m., 24 w., Abgänge 20 m., 25 w., darunter Todesfälle: 5 m., 3 w. 93 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Universitätsprofessor Dr. *Giulio Bonvicini*, Dr. *Erich Menninger-Lerchenthal*, Dr. *Bruno Grossmann*, Assistenten. 14 m. und 25 w. Pflegepersonal. Geschlossene und offene Abteilung (Pavillonsystem). Jeder Patient erhält ein eigenes Zimmer.

Valduna bei Rankweil (Vorarlberg, Österreich)

Vorarlberger Landes-Irrenanstalt. Geschlossene Heil- u. Pflegeanstalt für Geistesschwache u. Trunksüchtige. Gründungsjahr 1870.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 104 m., 106 w., Zugänge im Vorjahr 51 m., 52 w., Abgänge 41 m., 48 w., darunter Todesfälle 10 m., 11 w. 3 Verpflegsklassen (derzeit noch überfüllt; Umbau u. Ausbau in naher Sicht). Direktor Dr. *Albert Längle*; Assistenzärzte: Dr. *Gebhard Ritter*, Dr. *Joh. Steiner.*

Digitized by Google

Wien

1. Universitätsklinik für Geistes- und Nervenkrankheiten (Wien IX, Lazarettgasse 14). Die Klinik liegt im Allgemeinen Wiener Krankenhaus.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: Psy.: 86 m., 90 w., neurol.: 36 m., 36 w., Zugänge im Vorjahr: Psy.: 3162 m., 2770 w., neurol.: 325 m., 425 w., Abgänge: Psy. 3163 m., 2757 w., neurol.: 325 m., 425 w., darunter Todesfälle: Psy. 109 m., 58 w., neurol: 19 m., 12 w. 272 Plätze. 1 Verpflegsklasse. Ärzte: Dir. Dr. *Otto Pötzl*, O. ö. Universitätsprofessor; Klinische Assistenten: Dozent Dr. *Hans Hoff*, Dr. *Gottfried Engerth*, Dozent Dr. *Alfred Auersperg*, Dr. *Erwin Stengel*, Dr. *Karl Nowetny*, Dr. *Maximilian Silbermann*, Dr. *Martha Brümner*. — Abteilungsassistenten: Dr. *Ernst Pichler*, Dr. *Alexander Rottmann*. Sekundärärzte: Dr. *Karl Theo Dussik*, Dr. *Christine Palisa*, Dr. *Wilhelmine Forstmayer*. — Aspiranten: Dr. *Else Pappenheim*, Dr. *Fritz Redlich*, Dr. *Walter Birkmeyer*. 53 Schwestern, 35 Pfleger. 2 psychiatrische geschlossene Abteilungen, 2 neurologische Abteilungen. 1 Ambulanz, 1 Kurzwellenstation, 1 Station für physikalische Therapie, 1 psychotherapeutische Ambulanz. Gründungsjahr 1875.

2. Heil- und Pflegeanstalt der bundesunmittelbaren Stadt Wien, „Am Steinhof", Wien XIII/12.

820000 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 1917 m., 2213 w., Zugänge im Vorjahr: 2084 m., 1887 w. Abgänge: 1965 m., 1816 w.; darunter Todesfälle: 258 m., 258 w. 3700 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor Hofrat Dr. *Alfred Maucka*, Landessanitätsrat. Direktionssekretär Ordinarius Dr. *Josef Scherz*. Heilanstalt für Frauen: Primarius Dr. *Leopold Pawlicki*, Abteilungsvorstand; Ordinarius Dr. *Maria Morgenstern*, Ordin. Dr. *Paula Scheuhammer*, Ordin. Dr. *Lothar Wißgott*, Ordin. Dr. *Wilhelm Podhajsky*, Anstaltsarzt Dr. *Viktor Frankl*. Heilanstalt für Männer: Primarius Dr. *Wichart Kryspin-Exner*, Abteilungsvorstand; Ordin. Dr. *Siegfried Novotny*, Ordin. Dr. *Hugo Stanka*, Ordin. Dr. *Erwin Jekelius*, Anstaltsarzt Dr. *Robert Lang*. Pflegeanstalt für Frauen: Abteilungsvorstand: z. Z. unbesetzt. Ordin. Dr. *Maria Ida Baader*, Ordin. Dr. *Nadeschda Gilnreiner*, Ordin. Dr. *Wendelin Mauermann*. Pflegeanstalt für Männer: Primarius Dr. *Alfons Huber*, Abteilungsvorstand; Ordin. Dr. *Hubert Umlauf*, Ordin. Dr. *Emil Guttenberg*, Ordin. Dr. *Adolf Mader*. Trinkerheilstätte: Primarius Dr. *Ernst Gabriel*, Abteilungsvorstand; Anstaltsarzt Dr. *Walter Gasteiger*. Zahnärztliches Ambulatorium: Dr. *Leopold Olesker*, Schulzahnarzt. Röntgeninstitut: Dr. *Friedrich Kraft*, Facharzt. Augenärztliche Ambulanz: Dr. *Anton Pibus*, Facharzt. Prosektur: Primarius Dr. *Ernst Löffler*, Prosektor. 310 Pfleger, 286 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt mit einer offenen Abteilung: Trinkerheilstätte; Außenfürsorge: Beratungsstelle für Nerven- und Gemütskranke beim Magistrat Wien, städtisches Gesundheitsamt. Neurohistologisches Laboratorium unter Leitung des Primarius Dr. *Kryspin-Exner*. Gründungsjahr 1907.

3. Neurologisches Institut der Wiener Univer-

Digitized by Google

sität (Österreichisches Centralinstitut für Hirnforschung) Wien IX, Schwarzspanierstraße 17.

Vorstand des Institutes: Prof. *Otto Marburg*. Assistenten: Dozent Dr. *Eugen Pollak* und Dr. *Leo Krainer*. Das Institut wurde von H. Obersteiner im Jahre 1882 gegründet (der jeweilige Vorstand ist Mitglied des Professorenkollegiums der Medizinischen Fakultät). Es hat die Aufgabe, die normale, die vergleichende und die pathologische Anatomie, ferner die Physiologie des Zentralnervensystems zu studieren. Das neurologische Institut ist als Lehr- und als Forschungsinstitut gedacht, unterrichtet demzufolge Anfänger, sowie Vorgeschrittene in Vorlesungen und Laboratoriumsarbeit. Auch pflegen Forscher hier selbständig zu arbeiten, da ihnen eine Spezialbibliothek von zirka 65000 Nummern zur Verfügung steht. Ein Großteil der Arbeiten erscheint in den Arbeiten aus dem Wiener Neurologischen Institut, von denen bereits 37 Bände gedruckt sind.

4a. **Maria-Theresia-Schlössel,** Nervenheilanstalt der Nathaniel Freiherr v. Rothschildschen Stiftung für Nervenkranke, Wien XIX, Hofzeile 18—20.

10699 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 38 m., 38 w., Zugänge im Vorjahr 462 m., 626 w., Abgänge 445 m., 605 w., darunter Todesfälle 14 m., 23 w. 132 Plätze. 3 Verpflegsklassen. Ärzte: dirigierender Primararzt: Univ. Prof. Dr. *Josef Gerstmann*, Assist. UMDr. *Rudolf Friedmann*, Sekundärärzte: UMDr. *Margarete Hübsch*, UMDr. *Leopold Hofstätter*, UMDr. *Tea Erdheim*, UMDr. *Gerhart Pisk*, UMDr. *Irene Link*. 25 Schwestern. Gründungsjahr 1914. Offene Anstalt, ausschließlich für Nervenkranke.

4b. **Rosenhügel** Heilanstalt der Rothschildstiftung für mittellose Nervenkranke mit Ausschluß von Psychosen und unheilbaren Epileptikern ohne Unterschied der Konfession, nach Maßgabe der Plätze auch für chronisch-int. Kranke in Wien XIII Riedelgasse 5. Ebst. Wien-Westbahnhof.

220000 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 30 m., 39 w., Zugänge im Vorjahr: 519 m., 665 w., Abgänge: 510 m., 661 w., darunter Todesfälle: 6 m., 12 w. 146 Plätze. 1 Verpflegsklasse mit verschiedenen Verpflegsgebühren je nach Zimmerkategorien. Ärzte: Dirig. Primararzt: Dr. *Josef Wilder*, Assist. Dr. *Ladislaus Feßler*, Sekundärärzte: Dr. *Leo Deutsch*, Dr. *Klara Grünwald*; Stipendisten: Dr. *Bieder Ludwig*, Dr. *Friedmann Jechiel*. 1 Oberschwester, 16 Pflegerinnen. Offene Anstalt.

5a. Geistessiechenabteilung des Vers. Heimes der **Stadt-Wien**-Lainz in Wien XIII, Versorgungsheimplatz 1.

3700 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 59 m., 322 w., Zugänge im Vorjahr: 263 m., 455 w., Abgänge: 260 m., 433 w., darunter Todesfälle: 173 m., 302 w. 384 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor der Anstalt: Regierungsrat Dr. *Bela Alexander Herz*, Abteilungsleiter: Primararzt Dr. *Gustav Plenk*; Ärzte: Ordinarius Dr. *Othmar Baumgartner*, Vertr. Arzt Dr. *Robert Basch*. 48 Schwestern. Geschlossene Abteilung.

Digitized by Google

5b. Neurologische Abteilung des Vers. Heimes d. Stadt Wien-Lainz in Wien XIII, Versorgungsheimplatz 1.

2900 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 168 m., 264 w., Zugänge im Vorjahr: 222 m., 300 w., Abgänge 225 m., 295 w., darunter Todesfälle: 26 m., 48 w. 445 Plätze (inkl. Filialstation). 1 Verpflegklasse. Direktor: Regierungsrat Dr. *Bela Alexander Herz;* Abteilungsvorstand: Primararzt Dozent Dr. *Hubert Urban*; Ärzte: Oberarzt Dr. *Raimund Suwald*, Vertr. Arzt Dr. *Karl Huber*, Vertr. Arzt Dr. *Cäzilie Hojer*, Vertr. Arzt Dr. *Alexander Eggerth.* 48 Schwestern. Offene Anstalt. Nur Untersuchungen und Ausstellung fachärztl. Gutachten für die amtsärztl. Untersuchungsstelle des städt. Gesundheitsamtes Mag.Abt. 19.

6. Heilpädagogische Anstalt Wien-Grinzing, Langackergasse 12.

3,5 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 20 m., 10 w., Zugänge im Vorjahr: 3 m., 1 w., Abgänge: 5 m., 1 w. 30 Plätze. Direktor: Dr. phil. *Theodor Heller*, Hausarzt: Dr. *Julius Rieger.* 6 Pflegepersonen. Gegründet 1895 vom derzeitigen Direktor (Erste Anstalt für jugendliche Psychopathen in Österreich). Offene Anstalt. Beratungsstelle für schwere Erziehungsfälle.

7. Privatheilanstalt für Kopfverletzte, Nerven-, Gemüts- und Geisteskranke Wien XIX, Krottenbachstr. 4.

10000 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1937: 19 m., 42 w., Zugänge im Vorjahr: 32 m., 66 w., Abgänge 26 m., 62 w., darunter Todesfälle: 6 m., 5 w. 100 Plätze für Erwachsene, 100 für Kinder. 3 Verpflegsklassen. Ärzte: Direktor: Dr. *Otto Buchner*, Professor f. Heilpädagogik, Primarius Dr. *Franz Blaha*, Konsiliarärzte: Univ. Prof. Dr. *Alexander Pilcz* (für Erwachsene), Univ. Prof. Dr. *Franz Hamburger* (für Kinder), Dozent Dr. *B. Aschner* (für Frauen). 55 Pflegepersonal. 2 geschlossene Abt., 2 offene Abt. Beratungsstelle für Nerven- und Gemütskranke. Dependancen: Alpen-Genesungsheim Schloß Lilienhof, See-Genesungsheim Hörmanns, Schloß-Sanatorium Plankenwarth.

Ybbs a. d. Donau

Heil- und Pflegeanstalt der bundesunmittelbaren Stadt Wien für Geisteskranke u. Geistessieche. Ebst. Ybbs-Kemmelbach.

Gesamtareal: 142,036 qm, (Bauareal: 51,641 qm). Zahl der Kranken und Verpflegten am 1. 1. 1937: 766 m., 865 w., Zugänge im Vorjahr: 104 m., 79 w., Abgänge: 100 m., 71 w., darunter Todesfälle: 49 m., 40 w. 1600 normierte Plätze. 1 Verpflegklasse. Leiter: z. Z. unbesetzt. Zugeteilte Ärzte: Dr. *Franz Bruha*, Primararzt, Abteilungsvorstand; ordinierende Ärzte: Dr. *Maximilian Thaler*, Dr. *August Bodner*, Dr. *Wolfgang Zechner.* 101 m. und 111 w. Pflegepersonal. Geschlossene Anstalt. Familienpflege. (In Familienpflege waren am 1. 1. 1937: 16 Männer und 4 Frauen; im Jahresdurchschnitt: 25.)

Digitized by Google

C. Die Schweiz

Gesamtbevölkerung der Schweiz im Jahre 1934 4100000 (150000 Frauen mehr als Männer). In staatlichen, privaten und caritativen Anstalten waren am 31. Dezember 1934 7570 geisteskranke Männer und 7881 geisteskranke Frauen, d. s. insgesamt 15451 Geisteskranke untergebracht, und zwar pro tausend Kranke 488 Männer und 511 Frauen. Auf 10000 Einwohner hatte Kanton Thurgau rund 60 Geisteskranke, die Kantone Appenzell und Schaffhausen hatten rund 50, die Kantone St. Gallen, Bern, Zürich, Graubünden rund 40, die Kantone Glarus, Neuchâtel, Solothurn, Tessin rund 35, die Kantone Basel-Land, Waadt und Aargau rund 30, Stadt Basel, Kanton Freiburg und Kanton Genf 20—30 und die Kantone Luzern, Innerschweiz und Wallis 20 Geisteskranke. 91% der Patienten befanden sich in öffentlichen und 9% in privaten Anstalten — in letzteren verhältnismäßig mehr Frauen als Männer. Von den 26 öffentlichen Anstalten war der Durchschnittsbestand 517, von den 18 privaten Anstalten 71.

Die Schweiz hat verhältnismäßig sehr viele Anstalten, da jeder Kanton für seine Kranken zu sorgen hat. Die einzelnen Kantone besitzen folgende Anstalten:

Appenzell: Hérisau
Argovie: Königsfelden
Bâle-Camp: Liestal
Bâle-Ville: Friedmatt, Sonnenhalde
Berne: Münsingen, Waldau, Bellelay, Meiringen, Münchenbuchsee, Spiez, Tschugg (Epileptiques)
Fribourg: Marsens
Genève: Bel-Air, Sismondi
Grisons: Waldhaus, Realta
Lucerne: St. Urban, Franciscusheim-Meisenberg
Neuchâtel: Perreux, Préfargier, Le Landeron
Saint-Gall: Wil, St. Pirminsberg
Schaffhouse: Breitenau
Soleure: Rosegg, Fridau
Tessin: Casvegno
Thurgovie: Münsterlingen, Littenheid, Zihlschlacht, Kreuzlingen
Valais: Malévoz
Vaud: Cery, La Rosière, Yverdon, Boismont, Prilly, L'Ermitage, Morges, La Métairie, Prangins, Lavigny (Epileptiques)
Zürich: Burghölzli, Rheinau, Kilchberg, Küßnacht, Oetwil, Kronau, Hohenegg und die Schweizer Anstalt für Epileptische in Zürich.

Digitized by Google

Im folgenden sei über diese Anstalten, alphabetisch geordnet, Folgendes berichtet:

Bel-Air

Heil- und Pflegeanstalt und **Universitätsklinik des Kantons Genf.**

Bestand mehr als rund 400; 250 Aufnahmen pro Jahr. Direktor Professor Dr. *Ladame*. Ärzte: Dr. *Ferd. Morel*, Dr. *Robert de Mont-mollin*, Dr. *Mariam Tscherniak*, Dr. *Erno Geronimi*. 100—120 Angestellte = 1 : 5 bis 6. Gegründet 1896.

Bellelay

Heil- und Pflegeanstalt des **Kantons Bern,** für den Berner Jura (französischer Teil).

Bestand 430; rund 100 Aufnahmen pro Jahr. Direktor Dr. *Humbert*. Ärzte: *Jean Voirol*, Dr. *Adolf Friedemann*. 60—70 Angestellte = 1 : 8—9. Gegründet 1898.

Boismont

Private Nervenheilanstalt in Vennes s/Lausanne.

Bestand 11; Aufnahmen rund 22. Direktor und Besitzer Dr. *Pierre Guisan*. Gegründet 1931.

Breitenau

Heil- und Pflegeanstalt des **Kantons Schaffhausen.**

Bestand 250; Aufnahmen 100—200 pro Jahr. Direktor Dr. *H. Moser*. Ärzte: Dr. *P. Morh*, Dr. *Judel Gutmann*. 70—80 Angestellte = 1 : 7—8. Gegründet 1888.

Burghölzli

Heil- und Pflegeanstalt und **Universitätsklinik des Kantons Zürich.**

Bestand 500; im Jahr über 1000 Aufnahmen. Direktor Professor Dr. *H. W. Maier*. Ärzte: Dr. *H. Binswanger* P. D., Dr. *A. Glaus*, Dr. *I. Lutz*, Dr. *E. Boller*, Dr. *Meta Lutz*, *Hans Nägeli*, Dr. *H. Wespi*, *G. Walker*, Dr. *Marie Louise Preß*, *Marie Meierhoffer*, *Walter Meier*, Dr. *W. Nagel*, Dr. *W. Belart*. 170—180 Angestellte = 1 : 9—10. Gegründet 1870.

Casvegno

Heil- und Pflegeanstalt bei **Mendrisio** (Kanton Tessin).

Bestand 550: 250 Aufnahmen. Direktor Dr. *B. Manzoni*. Ärzte: Dr. *G. Biondi*, Dr. O. *Bernasconi*. 60—70 Angestellte = 1 : 11—12. Gegründet 1898.

Digitized by Google

Cery b. Lausanne (Vaud)

Heil- und Pflegeanstalt und **Universitätsklinik des Kantons Waadt.**

Bestand über 600; 450 Aufnahmen. Direktor Professor Dr. *Steck.* Ärzte: Dr. *Lucien Bovel*, Dr. *Ernest Raoux*, Dr. *P. Bidlingmeyer*, Dr. *R. Kaech*, Dr. *Th. Ott.* 100—125 Angestellte = 1 : 9—10. Gegründet 1873.

Franciskusheim (Oberwil) — Meisenberg (Menzikea)

Heil- und Pflegeanstalten im **Kanton Zug.**

Bestand 200; 200—300 Aufnahmen. Direktor Dr. *Manser.* 50—60 Angestellte. Gegründet 1909.

Fridau (Soleure) Heilanstalt im Kanton Solothurn.

Bestand 77, Aufnahme 166. Fridau ist Annex der Anstalt Rosegg.

La Friedmatt (Bâle)

Heil- und Pflegeanstalt und **Universitätsklinik des Kantons Basel.**

Bestand über 400; 500 Aufnahmen. Direktor Professor Dr. *Stähelin*; Ärzte: Dr. *H. Binder* P.-D., Dr. *B. Dukor*, Dr. *M. Wieland*, Dr. *P. Plattner*, Dr. *W. Bachmann*, Dr. *S. Müller*, Dr. *E. Frölicher*, *P. Ramer.* 100—125 Angestellte = 1 : 7—8. Gegründet 1884.

Genf

Private Nervenheilanstalt Villa **Sismondi.**

Bestand 24; 40—50 Aufnahmen. Direktor Dr. *Barbezat.* 9 Angestellte. Gegründet 1887.

Hérisau

Heil- und Pflegeanstalt des **Kantons Appenzell, Außerrhoden.**

Bestand mehr als 300; 100—200 Aufnahmen. Direktor Dr. *O. Hinrichsen.* Ärzte: Dr. *H. O. Pfister*, Dr. *Th. Burtscher.* 60—70 Angestellte = 1 : 7—8. Gegründet 1908.

La Hohenegg

Private Nervenheilanstalt im **Kanton Zürich,** nur für Frauen (Meilen).

Bestand 150—200; 300—350 Aufnahmen im Jahr. Direktor Dr. *Kesselring.* Ärzte: Dr. *Marg. Müller*, Dr. *Irene Ferrat.* 40—50 Angestellte = 1 : 12—13. Gegründet 1907.

Digitized by Google

Kilchberg

Private Nervenheilanstalt im **Kanton Zürich.**

Bestand 150—200; 200—300 Aufnahmen. Direktor und Besitzer Dr. *H. Huber.* Ärzte: Dr. *I. Furrer, M. Jansen.* 20—40 Angestellte = 1:18 bis 19. Gegründet 1867.

Knonau

Private Nervenheilanstalt **Schloß Knonau** im **Kanton Zürich.**

Direktor Dr. M. Boß. Besitzer Professor Dr. *Klaesi,* Waldau (Kanton Bern). Bestand 16; Aufnahmen rund 65. Gegründet 1926.

Königsfelden b. Brugg (Arg.)

Heil- und Pflegeanstalt des **Kantons Aargau.**

Bestand 800; 200 Aufnahmen. Direktor Dr. *Kielholz.* Ärzte: Dr. *F. Blattner,* Dr. *G. Dürst,* Dr. *Berta Berger,* Dr. *A. Lisak, Annemarie Phiebig.* 100—125 Angestellte = 1:8—9. Gegründet 1869.

Kreuzlingen

Private Nervenheilanstalt **Bellevue—Kreuzlingen** im **Kanton Thurgau.**

Bestand 56; Aufnahmen 88. Direktor Dr. *L. Binswanger.* 34 Angestellte Gegründet 1857.

Küßnacht

Sanatorium von Dr. Brunner im **Kanton Zürich.**

Bestand 33; Aufnahmen 85. Direktor und Besitzer Dr. *Th. Brunner.* Arzt: Dr. *Rosenthal.* 12 Angestellte. Gegründet 1890.

Le Landeron (Neuchâtel)

Psychiatrische Privatanstalt Bellevue im **Kanton Neuchâtel.**

Bestand 33; Aufnahmen rund 100. Direktor und Besitzer Dr. *H. Bersot.* Ärztin: Mme Dr. *L. von Weydlich.* 6 Angestellte. Gegründet 1882.

Lavigny

Epileptiker-Anstalt, **Kanton Vaud.**

Bestand 166; rund 20 Aufnahmen. 15 Angestellte = 1:11—12. Gegründet 1907.

Liestal (Bâle-C.)

Heil- u. Pflegeanstalt **Hasenbühl** in Liestal **Kanton (Basel-Land).**

Digitized by Google

Bestand 300; 3—400 Aufnahmen. Direktor Dr. *Stutz*. Ärzte: Dr. *G. Puliarevitch*, Dr. *L. Baliasny*. 60—70 Angestellte. Gegründet 1934.

Littenheid

Private Heil- und Pflegeanstalt (Asyl) in Littenheid, **Kanton Thurgau.**

Bestand 600—700; 200 Aufnahmen. Direktor Dr. *H. Schwyn*. 70—80 Angestellte. Gegründet 1884.

Malévoz b. Monthey (Valais)

Heil- und Pflegeanstalt des **Kantons Wallis.**

Bestand 250; 200 Aufnahmen. Direktor Dr. *A. Repond*. Ärzte: Dr. *N. Beno*, Mme Dr. *M. Repond*, Dr. *G. Savoy*. 40—50 Angestellte = 1 : 8—9. Gegründet 1901.

Marsens

Heil- und Pflegeanstalt des **Kantons Freiburg.**

Bestand 400; 100—200 Aufnahmen. Direktor Dr. *Voitaschewski*. Arzt: Dr. *P. Lauber*. 50—60 Angestellte = 1 : 9—10. Gegründet 1875.

Meiringen

Private Nervenheilanstalt im **Kanton Bern.**

Bestand 150—200; ca. 100 Aufnahmen. Direktor Dr. *Wirz*. Arzt Dr. *L. Gingold*. Besitzer Berner Kantonal-Bank. 20—40 Angestellte = 1 : 7—8. Gegründet 1919.

La Métairie

Private Nervenheilanstalt in **Nyon, Kanton Vaud.**

Bestand 46; Aufnahmen 75. Direktor Dr. *Guillerey*. Ärzte: Dr. *R. Duby*, Mme Dr. *S. Calame*, Prof. Dr. *O. Loewenstein*. 15 Angestellte. Gegründet 1857.

Münsingen

Heil- und Pflegeanstalt des **Kantons Bern.**

Bestand mehr als 1000; 200 Aufnahmen. Direktor Dr. *Brauchli*. 8 Ärzte. 170—180 Angestellte = 1 : 6—7. Gegründet 1895.

Münsterlingen

Heil- und Pflegeanstalt des **Kantons Thurgau.**

Bestand über 600; 250 Aufnahmen. Direktor Dr. *Wille*. Ärzte: *H. Walker*, Mme *A. Ris*, Mme *Kunz*, *J. Smus*. 100—125 Angestellte = 1 : 8—9. Gegründet 1840.

Digitized by Google

Oetwil am See

Nerven-Heil-Anstalt **Schlößli** im **Kanton Zürich.**

Bestand 200; 100—200 Aufnahmen. Direktor Dr. *Künzler*. Arzt: Dr. *R. Mayer*. 20—40 Angestellte = 1 : 13—14. Gegründet 1893.

Perreux b. Boudry

Heil- und Pflegeanstalt des **Kantons Neuchâtel-Neuenburg,** namentlich für chronisch Kranke.

Bestand ca. 200. Direktor Dr. *Ed. Borel*. Ärzte: Dr. *Eugene Mayor*, Mlle. Dr. *N. Mazel* 20—40 Angestellte = 1 : 7—8. Gegründet 1895.

St. Pirminsberg b. Pfäffers

Heil- und Pflegeanstalt des **Kantons St. Gallen.**

Bestand mehr als 300; 100—200 Aufnahmen. Direktor Dr. *O. Wirth*. Ärztin: *Ursula Siehr*. 50—60 Angestellte = 1 : 8—9. Gegründet 1847.

Les Rives de Prangins

Private Nervenheilanstalt in Prangins près Nyon **(Kanton Vaud).**

Bestand 50; Aufnahmen 150. Direktor Dr. *O. L. Forel* P.-D. Ärzte: Dr. *K. de Jonge*, Dr. *P. Danjon*, Dr. *M. Groß*. 50 Angestellte. Gegründet 1930.

Préfargier

Private Nervenheilanstalt in **Marin (Kanton Neuchâtel).**

150—200 Bestand; ca. 100 Aufnahmen. Direktor Dr. *O. Riggenbach*. Arzt: Dr. *Anselmier*. 20—40 Angestellte = 1 : 6—7. Gegründet 1844.

Prilly

Private Nervenheilanstalt **Chateau de Prilly (Kanton Vaud).**

Bestand 26; 32 Aufnahmen. Direktor Dr. *Boven*. 9 Angestellte. Gegründet 1920.

Realta b. Thusis (Grisons)

Heil- und Pflegeanstalt des **Kantons Graubünden.**

Bestand 250; ca. 100 Aufnahmen. Direktor Dr. *F. Tuffli*. Arzt: Dr. *G. v. Salis*. 40—50 Angestellte = 1 : 14—16. Gegründet 1917.

Le Rheinau

Heil- und Pflegeanstalt des **Kantons Zürich.**

Bestand 1200; 200 Aufnahmen. Direktor Dr. *K. Gehry*. Ärzte: Dr. *W. Plattner*, Dr. *E. Seelig*, Mme Dr. *F. Plattner*, Dr. *W. Straus*, Dr. *D. Klein*. Mehr als 200 Angestellte = 1 : 6—7. Gegründet 1862.

Digitized by Google

La Rosegg (Soleure)

Heil- und Pflegeanstalt des **Kantons Solothurn.**

430 Bestand; 100—200 Aufnahmen. Direktor Dr. *Tramer.* Ärzte: Dr. *H. Schabelitz*, Dr. *M. Esther, Charlotte Treffzer.* Über 90 Angestellte = 1 : 6, 7. Gegründet 1860.

La Rosière

Heilanstalt für Nervenkranke im **Kanton Vaud.**

Rosière ist Adnex für chronisch Kranke der Anstalt Cery. Bestand 176; Aufnahmen 17.
17 Angestellte. Gegründet 1920.

Sonnenfels

Private Nervenheilanstalt in **Spiez (Kanton Bern).**

Bestand 20; Aufnahmen 48. Direktor Dr. *Escher.* 8 Angestellte. Gegründet 1885.

Sonnenhalde

Private Nervenheilanstalt in **Riehen (Kanton Basel).**

Bestand 40; 110 Aufnahmen. Direktor Dr. *Sikemeier.* Arzt: Dr. *W. Liepmann.* Besitzer Diakonissenhaus Riethen (Kanton Basel). 20 Angestellte. Gegründet 1899.

Tschugg

Epileptiker-Anstalt im **Kanton Bern.**

Bestand 258; 22 Aufnahmen. 21 Angestellte = 1 : 11—12. Gegründet 1886.

St. Urban

Heil- und Pflegeanstalt des **Kantons Luzern.**

Bestand über 600; 250 Aufnahmen. Direktor Dr. *Decurtins.* Ärzte: Dr. *L. Bossard*, Dr. *P. Pfister*, Dr. *Marg. Zehnder.* 100—125 Angestellte = 1 : 7—8. Gegründet 1873.

Vert-Mont

Private Nervenheilanstalt in **Morges (Kanton Vaud)**

Bestand 10; Aufnahmen 15. Direktor und Besitzer Dr. *Adert.* 3 Angestellte. Gegründet 1914.

Vevey

Private Nervenheilanstalt **L'Ermitage** im **Kanton Vaud.**

Bestand 10; Aufnahmen 37. Direktor Dr. *Cart.* 4 Angestellte. Gegründet 1923.

Digitized by Google

Waldau

Heil- und Pflegeanstalt und **Universitätsklinik des Kantons Bern.**

Bestand über 1000. Über 600 Aufnahmen. Direktor Professor Dr. *Klaesi.* Ärzte: Dr. *E. Fankhauser* P.-D., Dr. *I. Wyrsch* P.-D., Dr. *A. Weber*, Mlle *G. Mirkowitsch*, Dr. *Otto Briner*, Dr. *R. Staehli*, Dr. *R. Strauß*, *Otto Wenger*, Dr. *F. Jenny*, *Georges Adler.* Mehr als 200 Angestellte = 1 : 8—9. Gegründet 1855.

Waldhaus, Masans (Grisons)

Heil- und Pflegeanstalt des **Kantons Graubünden.**

Bestand 250; 100—200 Aufnahmen. Direktor Dr. *J. B. Jörger.* Arzt: Dr. *A. Torriani.* 40—50 Angestellte = 1 : 7—8. Gegründet 1890.

Wil

Heil- und Pflegeanstalt des **Kantons St. Gallen.**

Bestand mehr als 1000; 3—400 Aufnahmen. Direktor Dr. *Naef.* Ärzte: Dr. *A. Müller*, Dr. *P. Schnyder*, Dr. *J. German*, Dr. *Rosa Goldblatt*, Dr. *J. Domanowitz*, Dr. *W. Hiller.* 100—125 Angestellte = 1 : 11—12. Gegründet 1892. (In der Anstalt Wil hat Direktor *Schiller* schon vor über 30 Jahren die Kranken in großer Zahl intensiv mit Beschäftigungstherapie behandelt.)

Wyss-Münchenbuchsee (Kanton Bern)

Privat-Nervenheilanstalt **Wyss.**

Bestand 60; Aufnahmen 130. Direktor Dr. *Schmid.* 19 Angestellte. Gegründet 1845.

Yverdon

Private Nervenheilanstalt Bellevue im **Kanton Vaud.**

Bestand 76; Aufnahmen 35. Direktor Dr. *F. Georgi.* Ärztin: Mlle Dr. *E. Honegger.* 22 Angestellte. Gegründet 1922.

Zihlschlacht

Private Nervenheilanstalt Friedheim im **Kanton Thurgau.**

Bestand 50; Aufnahmen 110. Direktor und Besitzer Dr. *Krayenbühl.* 19 Angestellte. Gegründet 1891.

Zürich

Schweiz. Anstalt für Epileptische.

Bestand 318, mehr als 200 Aufnahmen. 36 Angestellte = 1 : 11—12. Gegründet 1886.

Digitized by Google

Anstalten für Alkoholkranke in der Schweiz:

Abbaye de Sorens, Gruyère (Freiburg)
Schloß Böttstein bei Klingnau (Aargau)
Heilstätte Effingerhort bei Holderbank (Aargau)
Ellikon an der Thur (Zürich)
Etagnières (Vaud)
Schweiz. Heilstätte für alkoholkranke Männer auf dem Götschihof im Aeugstertal a. A. (Zürich)
Heilstätte Nüchtern für alkoholkranke Männer in Kirchlindach b. Bern
Pontareuse près Boudry (Neuchâtel)
Pension Vonderflüh, Sarnen (Obwalden)
Pension Waldheim, Winkel-Murgenthal (Bern)
Pension Wysshölzli für Frauen in Herzogenbuchsee (Bern)

Alle die aufgeführten Trinkerheilanstalten stehen nicht unter ärztlicher Leitung, aber doch unter ärztlicher Aufsicht.

Morphinisten wie andere Suchtkranke werden in den kantonalen und privaten Heil- bzw. Heil- und Pflegeanstalten aufgenommen. —

Zusammenfassende Angaben über die Aufnahmen und Abgänge in den Anstalten macht Dr. *H. Bersot*, leitender Arzt der Nervenheilanstalt Bellevue, le Landeron (Neuenburg) in einem vor Jahresfrist erschienenen, mit zahlreichen Bildern und Tafeln ausgestatteten Buch: Die Fürsorge für die Gemüts- und Geisteskranken in der Schweiz, Verlag Hans Huber-Bern. Hiernach wurden im Jahre 1934 bei einem Bestand von 15364 am 1. Januar 1934 in die Schweizer Irren- und Nervenheilanstalten 8977 Geisteskranke und Epileptiker aufgenommen; verpflegt wurden also 24341, das ist 59 auf 10000 Einwohner. Neu eintraten 37% der insgesamt Verpflegten, entlassen wurden 8890 = 36,5% der insgesamt Verpflegten. Da alljährlich die Zahl der Eintritte etwas größer als die der Austritte war, kam eine gewisse Überfüllung zustande. Erfreulich war, daß der Anteil der Ein- und Austritte beinahe $^3/_4$ der Zahl der verpflegten Kranken ausmachte. Das prozentuale Verhältnis der Aufnahmen zur Gesamtzahl der Verpflegten war im Jahre 1934 in den dicht bevölkerten Kantonen Basel (57%) und Zürich (50%) am höchsten. Es folgten die Kantone Wallis, Waadt, Genf und die Kantone der Innenschweiz mit 40—45%, die Kantone Appenzell, Tessin, Thurgau, Schaffhausen, Neuenburg und Bern mit 30%, Freiburg, Luzern und St. Gallen mit 25%, Solothurn, Graubünden und Aargau mit 20—25%. In den Privatanstalten, die in den Kantonen Zürich und Waadt sehr zahlreich sind, war der Wechsel größer als in den staatlichen Anstalten. — 60,7% der Geistes- und Nervenkranken waren Erstaufnahmen, 20,8% Zweitaufnahmen; 14,5% wurden zum dritten, vierten und fünften Male aufgenommen, 4% zum sechsten und noch öfteren Male, d. h. $^2/_5$ der Gesamtzahl der Kranken wurde mehr-

Digitized by Google

fach in die Anstalten eingewiesen (darunter befanden sich allerdings nicht wenige Versetzungen, die aus therapeutischen Gründen erfolgten). Wiederaufnahmen kamen bei den Männern (53,7%) häufiger vor als bei den Frauen (46,3%). — Die größte Frequenz der Aufnahmen wies das Alter zwischen dem 30. und 39. Lebensjahr auf (über 1400 Männer und über 1200 Frauen). Es folgte das Alter zwischen 20. und 29. Lebensjahr (1300 Männer und 1100 Frauen). Das Alter zwischen dem 40. und 49. Lebensjahr war mit 1400 Männern und 1100 Frauen vertreten.

Von den Krankheitsformen der erstmaligen Aufnahmen (16956 in den Jahren 1929, 1930, 1931 und 1932) nahm die Schizophrenie mit über 5200 Aufnahmen die erste Stelle ein (24,5% Männer und 42,0% Frauen). Dann folgten organische Psychosen mit 3000 Aufnahmen (19,7% Männer und 17,4% Frauen), der Alkoholismus mit 2200 Aufnahmen (22,9% Männer und 2,9% Frauen), die konstitutionelle Psychopathie mit über 1600 Aufnahmen (12,1% Männer und 8,2% Frauen), das manisch-depressive Irrsein mit 1200 Aufnahmen (4,9% Männer und 10,4% Frauen) usw. Was die Alkoholiker anbelangt, so war ein Teil der Eingelieferten schizophren, manisch-depressiv oder psychopathisch. — Dem Zivilstand nach waren von den Aufnahmen 46% der Männer und 47% der Frauen ledig — gegenüber 42% bzw. 40% der Gesamtbevölkerung über 15 Jahren. 43% der Männer und 35% der Frauen waren verheiratet gegenüber 53% bzw. 47,5% der Gesamtbevölkerung. 7% der Männer und 14% der Frauen waren verwitwet gegenüber 4% der Männer bzw. 11% der Frauen der Gesamtbevölkerung. 4% der Männer und 4% der Frauen waren geschieden gegen 1% der Männer bzw. 1,5% der Frauen der Gesamtbevölkerung. — Nach der Statistik der Jahre 1929—1932 verweilten 81% der Kranken weniger als 1 Jahr in der Anstalt, und zwar 26% weniger als 30 Tage, 17% 1—2 Monate, 11% 2—3 Monate, 16% 3—6 Monate, 11% ½—1 Jahr, 19% mehr als 1 Jahr, und zwar von diesen letzteren 15% bis zu 10 Jahren und 4% länger als 10 Jahre. Die Männer blieben weniger lang in den Anstalten als die Frauen. — Die Berechnung einiger Jahre ergab, daß mehr Männer in die Anstalten eintraten und ebenfalls mehr Männer aus ihnen entlassen wurden als Frauen. Bei der Entlassung waren 15% medizinisch oder sozial geheilt, 45% gebessert, 25% unverändert, und zwar wurden 24,7% der Männer und 27,4% der Frauen ungeheilt entlassen. In den Anstalten starben 15%. — Von 100 Kranken, die psychiatrische Anstalten verließen, kehrten (einschl. der mit unbekannter Bestimmung Ausgetretenen) 67% in ihre Familie zurück, 7% wurden durch private Hand oder vom Staat placiert, 15% in andere Irrenanstalten oder Nervenheilanstalten überwiesen, 6% kamen in Altersasyle oder Spitäler und 5% in Gefängnisse.

Was die Ärzte betrifft, so waren ebenfalls nach den Angaben von Dr. *H. Bersot* Ende 1934 177 Ärzte, darunter 33 Frauen = 18,6%, in den psychiatrischen Anstalten der Schweiz tätig. Es kam auf 83 Kranke 1 Arzt. Berechnet man die Aufnahmen im Jahre 1934, so kam 1 Arzt auf 50 Aufnahmen, und berechnet man den Bestand von 23441 Kranken, so kam 1 Arzt auf 133 Krankenbestand. In den öffentlichen Anstalten der Schweiz arbeiteten 133 Ärzte, darunter 27 Frauen, d. i. 1 Arzt auf 101 Kranke des Bestandes am Ende des Jahres und rechnet man 50 Eintritte im Laufe des Jahres 1934 hinzu, 1 Arzt auf 151 Kranke. In den Privat-Nerven-

Digitized by Google

heilanstalten, in denen es sich 1934 um einen Endbestand von 1280 und im Laufe des Jahres um Aufnahmen von 2065 Kranken handelte, arbeiteten 44 Ärzte, darunter 6 Frauen, d. h. 1 Arzt auf 29 anwesende und 47 eingetretene Kranke = 1 : 76. — In den öffentlichen Irrenanstalten waren 26 Ärzte-Direktoren, 36 Secundär-Ärzte, 58 Assistenten und 13 Volontäre sowie von Frauen 2 Secundärärzte, 22 Assistenten und 9 Volontäre tätig. In den Privatnervenheilanstalten besorgten 20 Ärzte-Direktoren, 5 Secundär-Ärzte und 19 Assistenten sowie von Frauen 1 Secundär-Ärztin, 4 Assistentinnen und 1 Volontärin den ärztlichen Dienst.

Das Pflegepersonal der Schweizer Anstalten bestand Ende 1934 aus 1243 männlichen und 1494 weiblichen = 2737 Pflegern. Von diesen arbeiten 87% (48% Pfleger und 52% Pflegerinnen) in öffentlichen Anstalten, und 13% = 27% Pfleger und 73% Pflegerinnen in privaten Anstalten; in letzteren stand noch anderes Hauspersonal zur Verfügung.

Digitized by Google

Alphabetisches Verzeichnis der Ärzte

(einschließlich der ärztlichen Direktoren) und der nichtärztlichen Leiter, soweit sie von den Anstalten angegeben sind.

A. Deutsches Reich.

Abels, H., Galkhausen 38
Achard, J., Illenau 54
Adam, E., Kreuth 63
—, G., Berlin 9
—, H., Günzburg 44
—, Otto Heinz, München 77
Ahrens, Hertha, Leipzig 68
Albig, Hildegard, Plagwitz a. d. B. 90
Albrecht, A., Sonnenstein 100
Aleis, K., Ansbach 4
Aleite, E., Kortau 62
Alfers, Gescher 39
Altekrüger, W., Schkeuditz 97
Altenkämer, E., Eichelborn 30
Althaus, Heppenheim 49
Altvater, Herborn 50
Amelung, H., Königstein/Taunus 61
—, W., Königstein/Taunus 61
Frh. von Amelunxen, Eglfing-Haar 29
Anders, H., Berlin 9
—, K., Breslau 19
—, O., Branitz 17
Ansorge, Heidelberg 49
Anthes, Scheuern 97
Antoni, Ilse, Kiel 59
Apitz, K. Hochweitzschen 51.
Arthen, Hadamar 45
Ast, F., Eglfing-Haar 29
Auer, Rostock 95
Ayrer, Guben 44

Bach, K., Bayreuth 7
Backfisch, Oberregierungsrat, Direktor, Leiter, Bruchsal 20
Baldauf, F., Klingenmünster 59
Baldus, K., Lohr 71
Balluf, Berlin 10
Balthasar, Berlin 9
Bamert, Düsseldorf-Unterrath 28
Banse, J., Lauenburg, 67
—, Homburg 52
Barlen, F., Schussenried 99
Bauch, M., Gundelsheim a. Neckar 45
Bauer, Bühl 21
—, J., Jerichow 56
—, Joachim, Freudenstadt 36
Baumann, F., Eberswalde 29
—, W., Essen 32
Baumer, L., München 78
Baumert, W., Osnabrück 88
Baumüller, Hilde, München-Neufriedenheim 79
—, Leo, München-Neufriedenheim 79
Bannwarth, A., München 77
Bausch, W., Darmstadt-Eberstadt 29
Barnsdorf, Fr., Neuhaldensleben 84
Bartels, H., Hildesheim 51
Barten, Gertrud, Bedburg-Hau 7
Barth, M., Eglfing-Haar 29
—, J., Merzig 76
Bartholomé, München-Gladbach 80
Bartscher, J., Kiedrich 59
Bastien, K., Düsseldorf-Grafenberg 27
Beck, Frankfurt a. M. 34
—, E., München 77
—, Fr., Roderbirken 99

Digitized by Google

Beckmann, Frau, Hamburg 47
Beese, E., Pfafferode 89
Beheim, Neustadt, Schwarzwald, 118
Behler, W., Alzey 3
Behncke, Nietleben 64
Behrent, Berlin 10
Beisert, H., Göttingen 42
Bender, Berlin 9
Bendlowski, Ratibor 92
Benken, Bodnegg 15
Benning, W., Bremen 18
Benson, Maria Veen 74
v. Bentheim, Hermine, Hirsau 51
Berendes, H., Neuruppin 84
Berendsen, Schleswig-Klappschau 98
Berg, Allenberg 2
Berge, Merxhausen 75
Berger, Uchtspringe, Wilhelmshof 106
—, Hans, Jena 55
—, K., Uchtspringe 106
Bergmann, Therese, Nürnberg 86
Beringer, K., Freiburg i. Br. 35
Berliner, K., Obernigk 87
Berlit, Agnes, Chemnitz 23
—, B., Großschweidnitz 43
Bernhardt, Ratibor 92
Bernius, A., Pfarrer, Leiter, Landau 66
Bersch, E., Waldbröl 108
Besdziek, Jauer 55
Betzendahl, W., Berlin 8
Beuker, W., Liebenau 69
Beutter, O., Reutlingen 93
Beyer, B., Bayreuth 7
—, Chemnitz 23
—, Geschäftsführer, Sohland a. R. 100
—, L., Kirchenrat, Anstaltsleiter, Neuerkerode 83
Beyerhaus, G., Galkhausen 38
Bieling, K., Friedrichsroda 37
Binder, J., Eglfing-Haar 29
Bindseil, Herborn 50
Bingel, A., Erlangen 32
—, Hamburg 47
Birnbaum, Görden 41
Bischof, G., Kutzenberg 65
Bischoff, A., Zwiefalten 117
Bitter, G., Cloppenburg 23
Bitterauf, Hildegard, München 77
Blank, H., Erlangen 32
Blankertz, Hella, Winnental 113
Blersch, Margit, Freiburg i. Br. 35
Blum, E., Gangelt 38
Blume, G., Berlin 9
Bock, Weilheim 110
Bodechtel, Hamburg 47
Boeckel, H., Wiechs 112
Boeckh, Neuendettelsau 82 u. 83
Böhm, Halle, Saale 46
Böhm, Hilde, Galkhausen 38
Böll, H., Jena 55
Boening, Gießen 39
Börchers, G., Leiter, Sagern 97
Boeters, H., Breslau 19
Bogenhard, H., Gundelsheim a. Neckar 45
Bohle, Essen 33
Bohlins, G., Angerburg 4
Boldt, Rickling 93
—, Assistenzärztin, Rickling 93
von Bomhard, Assistenzärztin, Berlin 11
Bonhoeffer, K., Berlin 8
Bonse, Berlin 10
Borchers, W., Potsdam 91
Bormann, Berlin 8
—, H., Breslau 19
Born, Amely, Emmendingen 31
Bornebusch, H., Bayreuth 7
Bose, W., Roderbirken 94
Bostroem, A., Königsberg 60
Brackmann, E., Friedrichsroda 37
Bräuner, M., Lüneburg 72
Brand, W., Hildburghausen 51
Brandes, G., Lüneburg 72
Brands, Warstein 109
Brandt, A., Königstein/Taunus 61
—, Fr., Hedemünden/Werra 48
Brannolte, Halle, Saale 46
Brau, Rostock 95
Brauer, W., Arnsdorf 5
Braun, Erich, Pfarrer, Anstaltsleiter Angerburg 4
—, E., Kiel 59
—, J., Emmendingen 31
v. Braunmühl, Eglfing-Haar 29

Digitized by Google

Braunroth, H.-H., Schwerin 99
Brehm, Berlin 10
Breidenbach, F., Carlshöfer-Anstalten 22
Breier, R., Pfafferode 89
Breitenbach, W., München 77
Bresler, J., Kreuzburg 63
Breuning, Wilhelm, Pfarrer, Anstaltsleiter, Hall 46
Broek, Christiane, Klingenmünster 59
Brockhausen, Görden 41
Bruckmüller, Irene, Ansbach 4
Brücher, Herford 50
Brünger, H., Blankenhain 14
—, Th., Pastor, Anstaltsleiter, Volmerdingen 108
Buchalik, E., Tost 104
Buchholz, Elisab., Dresden 26
Buchta, Hamburg 48 und 118
Buder, Th., Weißenau 111
Bücken, E., Bonn 17
Bückmann, J., Neustadt i. H. 85
Bürger-Prinz, H., Hamburg 47
Büsching, E., Carlshöfer Anstalten 22
Büssow, H., Leipzig 68
Bufe, Allenberg 2
de Buhr, R., Sandhorst 97
Buhrfeind, Pastor D., Rotenburg 95
Buldmann, R., Kortau 62
Bullinger, Burkundstadt 22
Bumke, O., München 77
Bunsmann, Münster 80
Burdach, Riesenburg 94
Burger, M., München 77
Burkart, Mariaberg 74
Burkerth, Treysa 105
Burkhardt, H., Schleswig-Stadtfeld 98
Burlage, W., Zepernick 116
Burwick, P. (Pädagog), Direktor, Lübeck-Vorwerk 72
Buske, Lotte, Berlin 9
Busse, W., Bayreuth 7
—, W., Oberarzt, Göttingen 42
Butter, Untergöltzsch 107

Campbell, D., Dresden 26
Capell, Düren 27
Carrière, Leipzig-Dösen 68
Caselmann, W., Erlangen 32
Christian, Heidelberg 49
Christiani, E., Kiel 59
—, Vera, Göttingen 42
Cichon, Halle, Saale 46
Citron, H., Berlin 11
Clausen, C., Leiterin, Friedrichsfeld 37
Clauß, Berlin 9
Clemens, H., Gütersloh 44
Coester, Niederreidenbacher Hof 85
Cohnen, K., Andernach 4
Colditz, R., Plauen i. V. 90
Conrad, Frieda, Hadamar 45
Cordel, R., Münster 80
Cordes, J., Münster 80
Coulon, L., Eichberg 30
Crapoll, C., Aachen 1
Creutzfeldt, H. G., Berlin 8
de Crinis, M., Köln-Lindenthal 60
Cüppers, K., Köln 60
Cyba, J., Leubus 69

Daehne, A., Arnsdorf 5
Dahl, W., Teupitz 104
Daldrup, Marsberg 74
Daletzko, Proskau 91
Dannehl, H., Bedburg-Hau 7
Dannhorn, G., Sonnenstein 100
Datz, Heimleiter, Buchenlust 21 und Gleiwitz 40
Decker, Kreuznach 65
Deesing, W., Porz-Essen 90
Deffge, Fr., Landsberg a. d. Warthe 66
Denzler, F., Kutzenberg 65
Deiters, Leit. Ärztin, Düsseldorf-Unterrath 28
Dellwig, H., Essen 32
Dembowski, Heinrich, Pfarrer, Anstaltsleiter, Carlshöfer Anstalten 22
Deschka, R., Breslau 20
Deutsch, Mainz 73
Deussen, J., Freiburg i. Br. 35
Dieast, J., Goddelau 41
Dieckel, Bethel 12
Diederich, Reg.-Rat a. D., Leiter, Aue b. Schmalkalden 6

Digitized by Google

Diehl, H., Anstaltsleiter, Lemgo 69
Diemer, K., Roderbirken 94
Diesselberg, Pfarrer, Anstaltsleiter, Bischofswerder 14
Dietrich, Bonn 16
—, Th., Leipzig 68
—, Pastor, Leiter, Eckardsheim 29
Dietsch, C., Jannowitz 55
—, M., Leiter, Hutschdorf 53
Dietz, H., Goddelau 41
Diez, Blankenhain 14
Dittel, R., Breslau 19
Dockhorn, W., Lübeck 71
Dodillet, C., Bunzlau 22
Döring, W., Ensen 31
Doerr, K. G., Heidelberg
Dörr, Mupperg 81
Dörries, Hamburg 47
Domnick, Frankfurt a. M. 34
Donalies, G., Eberswalde 29
Dowald, W., Sonnenstein 100
Drechsler, Jena 55
Dreibholz, W., Sorau 101
Dres, Assistenzarzt, Hamburg 47
—, Abteilungsarzt, Hamburg 47
Drews, K., Landesrat, Direktor, Stralsund 101
—, P., Düren 27
Drobnitzky, L., Gütersloh 44
Droeger, Bonn 15
Dübel, H., Lübeck 70
Duenping, Fr., Göttingen 42
Dürr, H., Klingenmünster 59
Duus, Frankfurt a. M. 34

Ebelt, Riesenburg 94
Eckardt, H., Zschadraß 117
Edenhofer, S., Klingenmünster 59
Eder, M., Altmühldorf 3 und Ecksberg 29
Ederle, W., Tübingen 106
Ege, Freudenstadt 36
Egger, Allenberg 2
Eha, Rottenmünster 96
Ehlers, Gäden 41
Ehmann, Heggbach 49
—, Ingerkingen 55
Ehrenstein, H., Gütersloh 44
Ehrentreich, Hubertusburg 53
Ehrismann, G., Konstanz 61
Eichbaum, R., Schleswig-Stadtfeld 98
Eichinger, Schweinspoint 99
Eichler, E., Leipzig-Dösen 68
—, P., Düsseldorf-Grafenberg 27
—, S., Bad Liebenstein 70
Eicke, W., Berlin 9
Eidam, G., Eglfing-Haar 29
Eigen, Ratingen 92
Eilsberger, H., Jena 55
Einsle, W., Erlangen 32
Eisele, H., Göppingen 41
Eisen, G., Bayreuth 7
—, K., Regensburg 92
Elble, Freiburg i. Br.-Kluzingen 35
Elsässer, Bonn 16
Elste, K., Illenau 54
Enge, J., Lübeck 71
Engelberger, K., Holnstein 52
Engelhardt, H., Münster 80
Engelken, Altscherbitz 3
Engelmann, P., Warstein 109
Engert, Herten 50
Englbrecht, R., Freiburg i. Br. 35
Enke, W., Marburg 73
Ennen, E., Merzig 76
Entres, G., Kutzenberg 65
Epha, Konsistorialrat, Leiter, Rickling 93
Ernst, K., Tübingen 106
—, W., Bruchsal 20
Erler, Inspektor, Wiesen 112
—, O., Wiesloch 112
Ersfeld, L., Eglfing-Haar 29
Ertel, G., Branitz 17
Ewald, G., Göttingen 42
—, K., Eickelborn 30
Eyferth, Jena 56
Eysel, H., Pfafferode 89

Faas, J., Trier 106
Faber, Sophie, Leubus 69
Fabian, J., Bunzlau 22
Fabry, K., Warstein 109
Fähser, Ärztin, Buchenbach 21
Fahrenbruch, Riesenburg 94
Faltlhauser, V., Kaufbeuren-Irsee 58
Falkenberg, K., Köln 60
Fauler, J., Tübingen 106

Digitized by Google

Faulhaber, G., Kamenz (Schlesien) 57
Fauser, Martha, Weißenau 111
Faust, Bonn 16
—, Heppenheim 49
Fehlhaber, Bethel 12
Fehmer, W., Kreuzenort 64
Fehr, H., Weinsberg 110
Feige, Bonn 15
Feld, O.-E., Tost 104
Feldbaum, Queichheim b. Landau 91
Feldhahn, M., Uchtspringe 106
Feliciana, Oberin, Wassenberg 109
Felix, Bethel 12
Fielbrandt, Diakon, Rickling- Falkenhag 93
Finger, O., Goddelau 41
Finscher, H., Bunzlau 22
Fischel, W., Werneck 111
Fischer, Frl., Altona 3
—, Kraschnitz 62
—, Erich, Konstanz 61
—, Hans, Wiesloch 112
—, Joh., Schwerin 99
Fischer-Wasels, Frankfurt a. M. 35
Fleck, U., Nürnberg 86
Fleischmann, Anstaltsvorstand, Straubing 102
—, R., Nassau a. d. L. 81
Flemming, Freiburg (Schl.) 36
Fliedner, F., Kropp 65
Flory, Pinneberg 89
Flothmann, Stadtroda 101
Flügel, F., Leipzig 68
Foerster, A., Würzburg 115
—, Ottfr., Breslau 19
Fontheim, K., Liebenburg 70
Formanek, Reinhard, München 77
Frank, Cl., Gießen 40
Franke, Altscherbitz 3
—, G., Berlin 9
Franken, Assistenzärztin, Krefeld 63
Freisel, Breslau 20
Frenzel, F., Großschweidnitz 43
Frerk, Anny, Düsseldorf, Grafenberg 27
Freudenbus, Kraschnitz 62
Freytag, S., Berlin 9
Friedemann, M., Königstein/Taunus 61
Friedländer, Assistenzarzt, Obernigk 87
—, K., Obernigk-Breslau 87
Friedrich, G., Leipzig-Dösen 68
Fritsch, Mainhofen 73
Fritz, K., Heimleiter, Rudolstadt 96
—, Riesenburg 97
Frobenius, K., Buchenbach 21
Froböse, H., Neuhaldensleben 84
Fröhlich, P., Langenhagen 66
Fuchs, A., Bamberg 7
—, E., Prior, Anstaltsvorstand, Reichenbach (Bayern) 92
Fünfgeld, Magdeburg 72
Fürstenberg, Bethel 12
Fuhry, H., Kennenburg 58
Furthmann, P., Lübeck-Vorwerk 72

Gärtner, L., Kaufbeuren-Irsee 58
—, Halle, Saale 46
Gampe, F., Klein-Wachau 59
Gangloff, W., Merzig 76
Gaupp, L., Plauen i. V. 90
—, R., Freiburg i. Br. 35
Gebhard, H., Nürnberg 86
Gebhardt, Blankenburg 14
—, E., Hildesheim 51
v. Gebsattel, Fürstenberg 37
Geerken, H., Direktor, Bremen 19
Gehrmann, F., Jannowitz 55
Geller, W., Bedburg-Hau 7
—, Bonn 15 u. 16
Geng, Neuendettelsau-Hersbruck83
Gengnagel, Altscherbitz 3
George, Tapiau 103
Georgi, Eberstadt 28
—, Ernst, Nieder-Ramstadt 85
Geraths, Franz, Studienassessor, Mühlhausen 77
Gerbracht, K., Gifhorn 40
Gerhards, F., München 77
Gerhardt, H.-H., Ückermünde 107
—, Assistenzärztin, Frankfurt a. M. 34
Gerhardy, Eschweiler 32
Gerlach, Altengesees 2
Gerke, O., Hub b. Bühl 53
Gerkhardt, Goddelau 41

Digitized by Google

Gerstenberger, W., Wunstorf 115
Gerth, Fr., Berlin 9
Gerweck, L., München 78
Gielen, Frl. Dr., Halle, Saale 46
Gierlich, Bonn 16
Gies, P., Andernach 4
Giese, J., Marburg 74
Gillwald, M., Eberswalde 29
Gladisch, J., Tost 104
Glandorf, H., Kiel 59
Glatzel, F., Göppingen 41
Glüh, Hamburg 47
Gmelin, A., Stetten 101
Gockel, Oberhausen 86
Goder, Neuß a. Rh. 84
Goebel, Anstaltsleiter, Blaukreuzhof 15
—, Dietrich, Leiter, Eilmsen 30
—, F., Leiter, Klaistow 118
Göppert, H., Freiburg i. Br. 35
Görich, H., Bernburg 12
Götting, E., Zschadraß 116
Götz, H., Bamberg 7
—, H., Weißenau 111
Götze, Allenberg 2
Goldstein, Charlotte, Leiterin, Berlin-Lichterfelde 11
Goos, K., Dortmund 25
Gotthold, L., Marburg 74
Gottschick, J., Leipzig-Dösen 68
Grabley, Saarow Bad 96
Grabow, C., Schleswig-Stadtfeld 98
Graf, Ilse, Stuttgart 102
Grage, Chemnitz 23
Graunke, U., Lauenburg 67
Gravemann, Bethel 12
Greifelt, E., Eberswalde 29
Greiner, R., Blankenhain 14
Greverus, Berlin 8
Greving, H., München 77
Gries, P., Bedburg-Hau 7
v. Griesheim, Abteilungsärztin, Bethel 12
Grimm, E., Erlangen 32
Grimme, H., Hildesheim 51
Groer, H., Heimleiter, Zeulenroda 116
Gröschel, Clementia, Oberin, Kamenz 57
Groot, G., Striegau-Land 102
Groß, Blankenburg 14
Grosse, Ursula, Breslau 20
Großmann, F., Eberswalde 29
Großmann, F., Lübben 71
Grubel, R., Lübeck 71
Grueber, K., Lauingen 67
Grütter, E., Königslutter 61
Gruhle, H., Zwiefalten 117
Grundling, Rabenhof (Württemb.) 91
Grunwald, H., Neuruppin 84
Grzeschiuchna, B., Hochweitzschen 51
Guhlke, Diakon, Leiter, Oldenburg 88
Güldner, Elisabeth, Essen 33
Günther, Bethel-Sarepta 13
Günther, J., Andernach 4
Gutekunst, O., Winnenthal 113
Gutenäcker, H., Eglfing-Haar 29
Guthsohn, Schwester, Leiterin, Ratingen 92

Haack, Mainhofen 73
Haag, Luise, Siichteln 103
Haarhoff, J., Süchteln 103
Haberkant, Lemgo 69
Haberland, C., Königslutter 61
Hackländer, F., Essen-Bredenay 34
Haebel, E., Angerburg 4
Haedicke, Joh., Ober-Schreiberhau 87
Hämmerle, Michaela, M., Leiterin, Burgkundstadt 22
Häntzschel, Chemnitz 23
Hänsel, G., Köln 60
Häuptner, Altscherbitz 3
Häusler, Verwaltungschef, Bankdirektor i. R., Jauer 55
Häusser, F., Hildburghausen 51
Hagedorn, Berlin 9
Hagemann, E., Lübeck 71
Hagenjast, P., Heidelberg 49
Hager, Fr., Kiel 59
Hages, L., Bremen 18
Hahn, Frankfurt a. M. 34
Hallervorden, J., Potsdam 91
Halter, W., Bad Muskau 81
Hamann, F., Sorau 101
Hamacher, H., Neuruppin 84

Digitized by Google

Hamacher, Maria, Zülpich 117
Hammerbeck, W., Arnsdorf 5
Hanke, Pfarrer, Direktor, Bad Kreuznach 65 und 85
Hanko, Hamburg 47
Happich, Fr., Pfarrer, Direktor, Treysa 105
Hasse, Berlin 10
Haßler, Neustadt (Schwarzwald) 118
Hardt, H., Lauenstein-Altefeld 67
Harms, Stadtverwaltungsrat, Leiter Kassel 57
Harries, D., Göttingen 42
Hartung, B., Lengerich 69
Hartwich, W., Gütersloh 44
Haupt, Obernigk 87
Hauptmann, K., Kortau 62
Hausmann, Düsseldorf-Grafenberg 27
Havestadt, A., Düsseldorf-Grafenberg 27
Hebel, Bethel 12 und Eckardsheim 29
Hebold, v., Eberswalde 29
Hecker, Elisabeth, Freiburg (Schl.) 36
—, K., Leipzig 68
—, Domjüch 25
Heckmann, Ilse, Roderbirken 94
Hedinger, M., Baden-Baden 6
Heene, Homburg 52
Heffels, Bonn 16
Hegemann, H., Essen 33
—, Münster 80
Heger, Kreuznach 65
Heilmann, A., Frankenthal 34
Heine, Berlin 10
—, Greiffenberg 42
Heinen, Süchteln 103
Heinrich, Berlin 10
Heinrichs, U., Neuhaldensleben 84
Heinrici, Ellen, Berlin 10
Heinze, H., Potsdam 91
Hellbach, H., Blankenhain 14
Heller, Th., Haina 45
—, Landsberg a. d. Warthe 66
Hellwig, K., Teupitz 104
Helms, Hamburg 47
Hempel, Königsberg 60
Henke, Berlin 10
—, Fr., Waldbröl 108
Henkel, O., Hadamar 45
—, R., Treptow 105
Hensel, Allenberg 2
Hermann, R., Plagwitz a. d. B. 90
—, O., Galkhausen 38
Hermes, W., Lübben 71
Herr, Rob., Wernigerode-Hasserode 111
Herzberg, Th., Tost 104
Hesse, H., München 78
Hessel, K., Kreuznach-Bad 65
Hetzer, M., Neustadt i. H. 85
Heuler, K., Nürnberg 86
Heurard, Meseritz-Obrawalde 76
Heuschen, J., Bedburg-Hau 7
Heussen, Haina 45
Heyde, W., Würzburg 114
Heyse, Neustadt (Schwarzwald) 118
—, P., Bernburg 12
von der Heydt, A., Königsberg 60
Hielscher, Assistenzärztin, Stadtroda 101
Hildemeister, R., Bremen 18
Hille, Magdeburg 72
Hillebrand, W., Hohe Mark 52
Hilpert, Halle, Saale 46
Hilschenz, H., Ketschendorf 58
Hilweg, H., Lauenburg 67
Himmelmann, W., Heidelberg 49
Hinsen, W., Eichberg 30
Hinterscheidt, Landsberg a. d. Warthe 66
Hirsch, Hamburg-Farmsen 118
Höhn, G., Konstanz 61
Höll, W., Heidelberg 49
Hölzel, F., Eglfing-Haar 29 und Oberigling-Holzhausen 86
Hoenes, Gleisweiler 40
Höpt, Mainkofen 73
Höringer, Josef, Direktor der Wagner-schen Wohltätigkeitsanstalten Absberg 1, Holnstein 52, Oberigling-Holzhausen 86, Lauterhofen 68
Hörmann, Moritzburg 76
v. Hößlin, C., Ansbach 4
Hof, A., Tötensen 105
Hoffer, R., Illenau 54

Digitized by Google

Hoffmann, Neuendettelsau-Heidenheim 83
—, A., Wassenberg 109
—, Friedr. Karl, Pastor, Direktor, Ketschendorf 58
—, Hans, Neudettelsau 84
—, Hermann, Tübingen 106
—, Maria, Galkhausen 38
—, W., Arnsdorf 5
Hofmann, Joh., Pfafferode 89
—, Kilian, Werneck 111
Hohl, M., Ansbach 4
Holthaus, H., Münster 80
Holzer, R., Düsseldorf-Grafenberg 27
—, W., Dortmund 25
Honekamp, Görden 41
Hoppe, Freiburg (Schl.) 36
—, A., Malente-Gremsmühlen 73
Horben, Mainkofen 73
Horch, K., Andernach 4
Horn, P., Berlin 11
—, W., Werneck 111
Hubbauer, O., Gabersee 38
Huber, Georg, Hausvater, Meitingen 75
Huchzermeyer, Bad Elster 31
Hübner, Berlin 10
Hürten, F., Eickelborn 30
Hüsemann, Michaelis, Oberin, Vorsteherin, Hamb 46
Hughes, Assistenzärztin, Idstein 54
Huhn, Rosa, Hausoberin, Niederfell-Kühr 85
Hundt, H., Eickelborn 30
Hunger, R., Uchtspringe 106
Husemann, Buchenbach 21
Hussels, H., Landsberg a. d. Warthe 66

Ibrahim, Jena 56
Illing, Bühl 21
—, E., Potsdam 91
Innöt, W., Emmendingen 31
Isserlin, M., München 78
Ittel, G., Neuerkerode 83

Jack, L., Diakonisse, Leiterin, Oels 87
Jacobi, I., Gießen 39
Jacobi, Paul, München-Gladbach 79
—, Walter, Greifswald 43
Jacoby, Aug. Hildesheim 51
—, F., Sayn 97
—, P., Sayn 97
Jaeger, E., Emmendingen 31
Jäger, I., Heidelberg 49
Jaenisch, R., Wölfelsgrund 114
Jahnel, Fr., München 78
Jancke, H., Bonn 17
Janker, Bonn 15
Jansen, H., Schkeuditz 97
Janssen, Assistenzärztin, Bethel 12
Jantschitsch, A., Zschadraß 117
Janz, Königsberg 60
Janzen, Hamburg 47
Jaschke, O., Bunzlau 22
Jaszresen, Bethel-Sarepta 13
Jauerneck, Zwischenahn-Bad 117
Jaw, M. Joh., Direktor, Leutesdorf 69
Jenner, Breslau 19
Joachim, Bethel 12
Jobohm, Bethel 12
John, H., Zschadraß 117
John, K., Göppingen 41
Jooß, E., Weinsberg 110
Jost, E., Eickelborn 30
Juda, Assistentin, München 78
Juegensohn, Assistenzärztin, Stadtroda 101
Jüngling, Wichernheim 112
Junk, E., Zwiefalten 117
Jutz, B., Osnabrück 88

Kaeß, M., München 78
Kaestel, Straubing 102
Käppeler, Bad Elster 31
Kahlbaum, S., Görlitz 42
Kahle, A., Insp., Anstaltsleiter, Pinneberg 89
Kaiser, F., Brieg 20
—, F., Dresden 26
—, G., Gerswalde 39
Kalberlah, F., Frankfurt a. M. 35
Kalbhenn, Fr., Pfarrer, Direktor, Ershausen 32
Kaldewey, Marsberg 74
Kalpen, E., Habelschwerdt, Bez. Breslau 45

Digitized by Google

Kaltenbach, Gernrode 39
Kamp, H., Großschweidnitz 43
Kampshoff, Essen 33
Kanis, O., Eickelborn 30
Kapeller, Görden 41
Karl, K., Regensburg 92
Kasperek, G., Breslau 20
Kasteleiner, Berlin 10
Kasten, A., Liebenburg 70
Kastl, Fr., Johannesbrunn 56
Kath, Ingeborg, Berlin 9
Kausemann, J., Verwalter, Römershag 95
Kazz, Köln 60
Kehm, Berlin 10
Kehrer, F., Münster 80
Kell, Untergöltzsch 107
Keller, Untergöltzsch 107
Kemper, W., Eickelborn 30
Kentenich, A., Düsseldorf-Grafenberg 27
—, G., München-Gladbach 79
Kerl, Hamburg 47
Kessing, Hedwig, Bedburg-Hau 7
Ketzenberg, Stralsund 102
Kieme, Hubertusburg 53
Kieser, W., Emmendingen 31
Kihn, Jena 56
—, Stadtroda 101
Kilb, W., Eichberg 36
Kindscher, B., Pastor, Direktor, Bernburg 12
Kinsberger, C., Alzey
Kirch, E., Krefeld 43
Kirchner, H., Hausinspektor, Mupperg 81
Kirsten, M., Bonn 16
Klaassen, H., Würzburg 114
Klarmann, Hans, geistl. Direktor, Aulhausen 6
Klaubert, R., Arnsdorf 5
Kleebank, H., Tost 104
Klein, F., Lauenburg 67
—, P., Hildburghausen 51
—, Th., Gießen 40
Kleine, Görden 41
—, Süchteln 103
—, W., Bedburg-Hau 7
Kleist, K., Frankfurt a. M. 34
Klemm, E., Direktor, Wiechs 112
Kleßner, H., Münster 80
Klimke, R., Lüben 72
Klimmer, Bethel 12
Klinke, W., Münster 80
Kloes, O., Waldbröl 108
Klonk, Hilde, Herborn 50
Kloos, G., Haina 45
Klopfer, A., Gütersloh 44
Klose, R., Branitz 17
Kloth, A., Neubabelsberg 82
Klothe, K., Berlin 9
Klotz, Dr., Reichenbach (Bayern) 92
Klüpfel, O., Urach 107
Kluge, Berlin 8
Kluth, C., München 77
Knabe, Erich, Pfarrer, Rektor, Moritzburg 76
—, Kurt, Nassau a. d. Lahn 81
Knape, R., Zoar-Tormersdorf 116
Knettenbrecht, Lüben 72
Knieß, J., Ückermünde 107
Knigge, Hamburg 47
Knittel, J. I., Direktor, Eisenach 31
Knöppler, Bethel 12
Koblin, K., Greifswald 43
Koch, Gertrud, Emmendingen 31
—, Hans, Schussenried 99
Kochendörfer, Untergöltzsch 107
König, W., Hildesheim 51
Koester, F., Roderbirken 98
—, W., Aachen 1
Köhler, Bethel 12
—, Bad Elster 31
Köngeter, Joh., Missionar, Hausvater, Hasenweiler 48
Körtke, Langenhorn-Pinneberg 89
—, Hamburg 47
Kötter, E., Münster 80
Kohl, Rud., Gießen 39
Kolb, K., Uchtspringe 106
Kolbe, W., Glatz-Scheibe 40
Kolkmann, W., Klingenmünster 59
Komarek, Emil, Pfarrer, Vorsitzender des Kuratoriums, Katscher 57
Konietzny, K., Brieg 20
Korbsch, H., Münster 80
Koritter, H., Uchtspringe 106
Kornke, Kranstädt 62

Digitized by Google

Kornmüller, A. E., Berlin 9
Korte, W., Regensburg 92
Kosel, Diakon, Leiter, Uchtspringe-Wilhelmshof 106
Kowalczyk, Rektor, Buchenlust 21
Kracke, A., Osnabrück 88
Krämer, Else, Bonn 16
—, Ch., Marburg 74
—, K., Würzburg 114
Krätzschmar, Hubertusburg 53
Kraft, Mainz 73
Krahe, I., Kühr-Niederfell 65 u. 85
Krakow, Tapiau 103
Kranz, H., Breslau 19
Kraus, F., Bremen 18
Krause, H., Kropp 65
Krauß, H., Görlitz 42
—, P., Kennenburg 58
—, K., Kennenburg 58
Krebs, F., Wehnen 110
Kreisch, E., Andernach 4
Kreisel, H., Breslau 26
Krekeler, Hubertusburg 53
Kretschmer, E., Marburg 73
Krey, I., Schleswig-Stadtfeld 98
Kreyenberg, Hamburg 47
Kreuzeder, R., Nürnberg 86
Kriebel, Breslau 20
Krisch, H., Dresden 26
Kröber, München-Gladbach 79
Kroemer, F., Neustadt i. H. 85
Krolow, Görden 41
Krucke, Rotenburg 95
Krüger, Lore, Sorau 101
—, Ilten 54
—, Nietleben 64
—, Tapiau 103
—, Superintendent, Wichernheim 112
Kruse, Heinrich, Direktor, Gescher 39
—, P., Woltorf 114
Kubitz, Chemnitz 23
Kucher, Berlin 8
Kübel, Agnes, Oberin, Vorsteherin, Kreuzenort 64
v. Kuenburg, Gräfin M., Psychologin, München 78
Küffner, Untergöltzsch 107
Kügler, Freiburg (Schl.) 36
Kühne, Kottbus 24
Kühnel, Templin 104
Künnemann, Hamburg 47
Künzel, W., Arnsdorf 5
Küppers, Eg., Illenau 54
—, K., Kiel 59
Kürbitz, Chemnitz 23
Kugler, I., Arnsdorf 5
Kuhlo, Bethel 12
Kuhlorow, Berlin 9
Kuhn, A., Konstanz 61
Kujath, Berlin 8
Kuniß, I., Arnsdorf 5
Kunze, Fritz, Saalhausen 96
—, G., Lüben 72
Kurbe, Wahren-Dyhernfurth 108
Kurth, Berlin 8
Kurz, H., Langenhagen 66
Kurzok, Walldorf 109
Kurzweg, R. Tapiau 103

Lackerbauer, I., Ansbach 4
Ladendorf, K. A., Neustadt i. H. 85
Lageder, C., Gundelsheim a. Neckar 45
Lamprecht, Ilse, Bremen 18
Landwehr, P., Waldbreitbach 108
Lang, München 78
Lange, Hamburg 47
—, Heinrich, München 77
—, Breslau 20
—, Joh., Breslau 19
Langelüddecke, Marburg 74
Langer, Marsberg 74
—, G., Großschweidnitz 43
—, I., Branitz 17
—, K., Sorau 101
Langr, Bunzlau 22
Laskowski, A., Saffig 96
Lau, Greiffenberg 42
—, Hamburg 47
Laubenthal, Bonn 15
Lauenroth, Oberärztin, Weinsberg 110
Lauschner, Stralsund 102
Lazarus, M., Branitz 17
Lechler, A., Hohe-Mark 52
Lefke, R., Treptow 105
Legien, Hildegard, Tapiau 103
Lehmann-Facius, Frankfurt a, M. 34

Digitized by Google

Lehmann-Facius, Gottfried, Lüben 72
Lehne, H., Rinteln 94
Leifer, Adelheid, Breslau 20
Leinisch, W., Günzburg 44
Leismann, Elli, Merzig 76
Leiter, Anna, Leipzig 68
Lembcke, W., Jena 55
Lemke, R., Jena 55
Lemmer, L., Nöbdenitz 86
Lenhart, W., Kaufbeuren-Irsee 58
Lenneper, Bernau 12
Lensch, Fr., Pastor, Direktor, Hamburg 47
Leo, Breslau 19
Leonhard, Frankfurt a. M. 34
Leonhardt, E., Arnsdorf 5
Leppien, Homburg 52
Lerner, Bertranda, Schwester Oberin, Vorstand, Ingerkingen 55
Leu, A., Schwerin 99
Lewenstein, H., Süchteln 103
Lichtenberger, M., Jestetten 56
Liebendörfer, Hasenweiler 48
Liebers, M., Zschadraß 116
Liebert, G., Lübben 71
—, Rostock 95
Liebold, Fr., Sonnenstein 100
Lienau, Hamburg-Eichenhain 47 u. 48
Liguori, Hanna, Illenau 54
Limges, W., München 77
Linder, Marburg 74
Lindner, Berlin 9
Linzbach, Bonn 16
Lobe, Felicitas, Breslau 20
Lobeck, Homburg 52
Lochmann, C., Lohland a. R. 100
Löffler, Franz, Heimleiter, Gerswalde 39
—, I., Erlangen 32
Lößl, H., Gabersee 38
Löw, G., Andernach 4
Lohwasser, H., Landsberg a. d. Warthe 66
Lorenz, H., Hildburghausen 51
Losch, Görden 41
Lowitzsch, Göttingen 42
Loy, Helmi, Gundelsheim a. Neckar 45
Luczny, H., Katscher (Schl.) 57
Ludwig, Berlin 9
—, Klingenmünster 59
—, Riesenburg 94
—, H., Schkeuditz 97
Lüddecke, F., Treptow 105
Lunghamer, Ecksberg 29
—, Gregorius, Geistl. Rat, Anstaltsdirektor, Altmühldorf 3
Lutz, Meseritz-Obrawalde
Luxenburger, München 78

Maaß, S., Leipzig-Dösen 68
Mader, A., Hohe-Mark 52
Mäurer, Bonn 15
Magunna, C., Königslutter 41
Mahler, P., Breklum 18
Maier, M., Kaufbeuren-Irsee 58
Mairoser, Weilmünster 110
Malcus, Merxhausen 75
Mandel, H., Eglfing-Haar 29
Mappes, H., Düsseldorf-Grafenberg 27
Margerie, E., Wirsberg 113
Maringer, Aug., Pfafferode 89
Marsch, Friedrichsfeld 37
Masorsky, P., Hadamar 45
Marx, Oels 87
—, E., Ahrweiler 2
—, G., Lüneburg 72
Mattern, Homburg 52
Matthes, S., Emmendingen 31
Matthias, E., Jerichow 56
Matthies, Guben 44
Matzen, K., Freiburg i. Br. 35
Mau, Otto, Vorsteher, Bad Frankenhausen 34
Mauelshagen, Kreuznach 65
Mauz, F., Marburg 73
May, W., Kreuth 63
Mayer, Georg, Oberigling-Holzhausen 86
Mayr, R., Günzburg 44
Mecke, Rotenburg 95
Meckel, E., Leubus 69
Meckmann, D., Warstein 109
Medow, W., Schwerin 99
Meggendorfer, Fr., Erlangen 32
Mehring, Köln 60
Meier, Allenberg 2

Digitized by Google

Melchert, Rostock 95
Meltzer, Ew., Großhennersdorf 43
Mendel, K., Berlin 11
Menne, Essen 33
Mensch, Berlin 9
Merguet, H., Warstein 109
Merkelbach, Katharine, Kiel 59
Mertens, Blaukreuzhof 15 und Eilmsen 30
—, K., Lengerich 69
Meschede, K., Frankfurt a. M. 35
Mettel, Julie, Berlin 10
Metz, Aug., Neuhaldensleben 84
Metzdorff, Aue 6
Meumann, Meseritz-Obrawalde 76
Mey, Chemnitz 23
Meyer, Berlin 10
—, Wustrow 115
—, Hans, Wunstorf 115
—, Herbert, Neuruppin 84
—, Ilse, Landsberg a. d. Warthe 66
—, Lissi, Göttingen 42
—-Kayser, W., Hildburghausen 51
—-Rogge, Aug., Osnabrück 88
Meyr, Alfred, Illenau 54
Michalke, Görden 41
Michel, Blankenhain 14
—, Mainkofen 73
Mierdel, Assistenzärztin, Berlin 11
Milberg, Berlin 11
Milenz, P., Moritzburg 76
Miller, A., Lauterhofen 68
Mikorey, M., München 77
Mittag, A., Leipzig-Dösen 68
Möckel, Wiesloch 112
Möllmann, Berlin 8
Mönch, Oldenburg 88
—, Kurt, Wehnen 110
Moenikes, R., Eickelborn 30
Mönius, H., Kutzenberg 65
Mönnich, Meseritz-Obrawalde 76
Mohr, Frankenhausen 34
—, O., Sorau 101
—, W., Plagwitz a. d. B. 90
Montag, Altscherbitz
Mootz, Th., Treptow 105
Morstatt, P., Schussenried 99
Moser, M., Leipzig-Dösen 68
Mosler, L., Peterswaldau 89
Müller, Mainkofen 73
Müller, Ernst, Hildburghausen 51
—, Ernst, Direktor, Idstein 54
—, Ferd., Neuß a. Rh. 84
—, Georg, Lindenhaus 70
—, Gerhard, Großschweidnitz 43
—, Herm., Erlangen 32
—, —, Saalhausen 96
—, Karl, Heidelberg 49
—, Kurt, Jena 55
—, M., Pastor, Anstaltsvorsteher, Gifhorn 40
—, Robert, Königslutter 61
—, Walter, Gießen 39
Murar, St., Erlangen 32
Murdfield, P., Bremen 18
Mussinger, Gelasius, Fr., Anstaltsvorstand, Johannesbrunn 56
Muthmann, A., Freiburg i. Br. 35

Nachtweg, H., Münster 80
Nadler, H., Eglfing-Haar 29
Nanny, I., Lüben 72
Nell, A., Pfarrer, Direktor, München-Gladbach 79
Nestle, Diakon, Hausvater, Altengesees 2
Neu, Wiesloch 112
Neuhaus, W., Neuruppin 84
—, W., Roderbirken 94
Neukirch, Zülpich 117
Neumann, Breslau 19
—, E., Malente-Gremsmühlen 73
Niebel, Th., Dortmund 25
Nielsen, Oskar, Leiter, Herford 50
Niemeyer, Assistenzärztin, Rostock 95
—, E., Hildesheim 51
Niemoeller, Zwischenahn-Bad 117
Nieper, Ilten 54
—, Frau, Ilten 54
Niewert, Berlin 9
Niklas, H., Kortau 62
Nitsche, P., Sonnenstein 100
Noack, E., Teupitz 104
Nobbe, H., Uchtspringe 106
—, H., Neinstedt a. H. 81
Nocon, J., Leubus 69
Nörr, F., Bruckberg 21
Nohl, Lotte, Vors., Wustrow 115
Nolte, Fr., Essen 32

Digitized by Google

Nordmann, Aulhausen 6
—, Bethel 12
Nothaaß, X., Hochweitzschen 51
Nottrott, W., Ober-Schreiberhau 87
v. Notz, Homburg 52
Notzke, E., Potsdam 91

Oberdalhoff, G., Greifswald 43
Oberreuter, W., Brieg 20
Obländer, Fr. Mosbach 77
Oehler, Marsberg 75
Öhler, F., Münster 80
Oehmig, O., Dresden 26
Offermann, A., Neuß a. Rh. 84
Ohm, Königsberg 60
Opel, Aue 5
Oppe, Chemnitz 23
Orland, F., Uchtspringe 106
Ortleb, Allenberg 2
Ortseiffen, Berlin 10
Ossenkopp, G., Lübeck 71
Ostermann, August, Verwaltungsdirektor, Moritzburg-Seefrieden 76
Ostmann, Fr., Ückermünde 106
Otten, Süchteln 103
Ottmann, E., Kaufbeuren-Irsee 58
Otto, Chemnitz 23
Overhamm, Emmendingen 31

Paasche, Dortmund 25
Panse, Bonn 15
Pape, R., Liebenburg 70
Papst, P., Werneck 111
Paß, Hamburg 47
Patzig, B., Berlin 9
Paul, J., Königsberg 60
Pawlick, H., Berlin 9
Pawlik, Elisabeth, Würzburg 114
Pehrson, Anna, Neuruppin 84
Peipers, A., Bonn 16
Peiß, H., Bottrop 17
Peltzer, E., Bremen 19
Persch, Tapiau 103
Petermann, H., Warstein 109
Peters, München 77
—, Assistenzärztin, Görden 41
—, H., Jerichow 56
—, H., Berlin 10
Peters, L., Alzey 3
—, L., Zülpich 117
Petram, H., Bunzlau 22
Pette, Hamburg 47
Petzsch, B., Neuruppin 84
Pfannmüller, Meitingen 75
Pfau, H., Bedburg-Hau 7
—, H., Bonn 16
Pfeiffer, F., Bernburg 12
Pförtner, O., Wunstorf 115
Pfrieme, E., Wehnen 110
Philipps, Remscheid-Lüttringhausen 93
Pietruschka, W., Breslau 19
Pietsch, K., Leubus 69
Pinkeser, Elisabeth, Gießen 39
Pisselhoy, Tapiau 103
Pittrich, Frankfurt a. M. 34
Plank, J., Regensburg 92
Plath, K.-J., Jena 55
Plaue, H., Stralsund 102
Pleger, W., Berlin 9
Pönitz, K., Halle a. d. S. 46
Pohlisch, Bonn 15 u. 16
Pohlmann, Elisab., Düsseldorf-Grafenberg 27
—, P., Dortmund 25
Polik, F., Neuruppin 84
Pollmann, Hutschdorf 53
Polstorff, F., Süchteln 103
Polzfuß, Kraschnitz 62
Powels, A., Kortau 62
Prießmann, H., Erlangen 32
Pültz, O., Absberg 1
Pusch, Friederike, Potsdam 91

Quensel, Fr., Schkeuditz 97
Quickert, Hamburg 47

Rabitz, W., Leipzig 68
Rachfahl, Bergstadt 8
Rahnenführer, E., Waldheim 109
Rakutz, K., Kortau 62
Rampelmann, H., Direktor, Tilbeck 104
Ranke, K., München-Obersendling 79
Rapmund, K., Rasemühle 91
Rath, G., Weissenau 111
Ratz, Pf., Direktor, Neuendettelsau 82 u. 83

Digitized by Google

Ratz, Hilm., Pfarrer u. Direktor, Bruckberg 21
Rausch, G., Treffurt 105
—, H., 105
Rautmann, H., Braunschweig 17
Raymann, Berlin 9
Reck, S., Emmendingen 31
Reckeweg, Bethel 12
Reckmann, Hamb (Düsseldorf) 46
Recktenwald, I., Andernach 4
Redepennig, R., Lüneburg 72
Reder, Fr., Görtingen 42
Reetz, H., Bottrop 17
Rehm, Ernst, München-Neufriedenheim 79
—, Otto, München-Neufriedenheim 79
Reichardt, Imman., Steucken 101
—, M., Würzburg 114
Reichner, H., Heidelberg 49
Reid, Kleinen-Bad 59
Reimann, O., Neuhaldensleben 84
Rein, O., Teupitz 104
Reinitz, Chemnitz 23
Reiß, Mainkofen 73
Rembert, R., Göttingen 42
Rembold, Kl., Tübingen 106
Renfranz, H., Lauenburg 67
Renner, Lüben 72
Renno, G., Leipzig-Dösen 68
Rentrop, Pf. Leiter, Niederreichenbacher Hof 85
Repp, G., Gießen 40
Resch, H., Frankenthal 34
—, W., Zschadraß 117
Reuschel, Th., Bremen 18
Reuter, Gertrud, Essen 33
Richter, Freiburg (Schl.) 36
Riebeling, Hamburg 47
Riechert, Frankfurt am M. 34
Rieckmann, S., Teupitz 104
Riedmüller, Berlin 10
Riemann, H., Wittstock 113
—, Liesbet, Greifswald 43
Riemschneider, O., Plagwitz a. d. B. 90
Riepenhausen, I., Tost 104
Riesen, W., Haina 45
Rieß, Leiter, Krautheim 63
Ringer, H., Lengerich 69
Rinne, E., Langenhagen 66
Rittershaus, Hamburg 47
Röhricht, W., Potsdam 91
Röll, A., Werneck 111
Römer, H., Hirsau 51
—, Rudolf, München 77
Roemer, H., Illenau 54
Roemheld, L., Gundelsheim a. Neckar 45
Römmelt, Marsberg 74
Rösch, A., Kaufbeuren-Irsee 58
Roesen, R., Teupitz 104
Rogal, O., Tübingen 106
Roggenbau, Chr., Berlin 8
Rohde, M., Düsseldorf-Grafenberg 27
Rohlmann, Dir., wirtschaftl. Leiter, Bad Harzburg 48
Rohner, F., Verwalter des Hirnverletztenheims, Frankfurt a. M. 35
Rohrbach, W., Kassel 57
Rohrwasser, Greiffenberg 42
Roos, Kreiswohlfahrtsamtsdirektor, Verwalter, Eschweiler 32
Rost, I., Berlin 8
Rostock, F., Rudolstadt 96
Roters, Rotenburg 95
Roth, Weilmünster 110
—, J., Arnsdorf 5
Rotzinger, K., Lübben 71
Rücker-Embden, F., Neustadt i. H. 85
Rüdin, München 77 u. 78
Rühle, D., Berlin 9
Rüsken, Berlin 8
Ruffin, H., Freiburg i. Br. 35
Runge, Bethel-Sarepta 13
—, Chemnitz 23
Runte, B., Lindenhaus 70
Ruschke, C., Peterswaldau 89
Rusing, Warstein 109
Rust, F., Pfafferode 89
Rustige, E., Rotenburg 95
v. Rutkowski, E., Hall (Schwäbisch) 46

Sackers, Elisabeth, Essen 33
Sagebiel, G., Berlin 9
Sagel, W. Arnsdorf 5
Sailer, O., Erlangen 32

Digitized by Google

Salm, H., Kaufbeuren-Irsee 58
Salvesen, Allenberg 2
Sander, P., Karlsruhe 22
Sarawara, I., Plagwitz a. d. B. 90
Sauer, Prof. Direktor, Augsburg 6
—, Breitbrunn 18
Saupe, Hamburg 47
Sayler, Weinsberg 110
Schadeberg, Pfarrer, Betriebsführer, Klein-Wachau 59
Schaeder, H. J. Berlin 9
Schaefer, Lintorf 70
—, A., Düsseldorf-Kaiserswerth 28
—, Fr., Zschadraß 116
—, H., Neuhaldensleben 84
Schäffer, F., Gießen 39
Schäfgen, H., Düren 27
Schall, Bonn 16
Schapfl, Mainkofen 73
Scharrer, E., Frankfurt a. M. 35
Schaurer, H., Landau 66
Schauß, W., Zepernick 116
Schaut, Oeynhausen 88
Scheid, Karl, Heidelberg 49
—, Karl Fr., München 78
—, Werner, München 78
Scheiderer, Frankfurt a. M. 34
Scheiermann, V., Leiter, Cochem 23
Br. Scheiermann, Viktor, Leiter, Ebernach 28
Scheller, H., Berlin 8
Schenk, Stadtroda 101
Schickler, E., Mühlhausen 77
Schiersmann, Rostock 95
Schiese, Herborn 50
Schiffmann, Rosa, Werneck 111
Schimanski, W., Danzig 24
Schimmelpfennig, W. Köln 60
Schindlmayr, W., Wiesloch 112
Schittenhelm, Eleonore, Tübingen 106
Schlaich, L., Pfarrer, Inspektor, Stetten 101
Schlippe, Hamburg 47
—, P., Darmstadt 24
Schlopp, Heppenheim 49
Schlüter, C., Königslutter 61
Schlund, F., Schwerin 99
Schlunk, Marburg 73
Schmeel, Heppenheim 49
Schmid, Ferdinand, München 77
Schmidmann, G., Köln 60
Schmidt, Berlin 10
—, Beuthen 13
—, Bonn 16
—, Borsdorf 17
—, Domjüch 25
—, Gescher 39
—, Strafanstaltsdirektor, Münster 80
—, Gertrud, Waldbröl 108
—, Hans, Kortau 62
—, Heinrich, Neustadt i. H. 85
—, —, Klingenmünster 59
—, Paul, Sorau 101
—, Oberärztin, Langenhagen 66
Schmitt, Leiter, Lindenfels 70
Schmitz, Merxhausen 75
—, Sechtem 99
—, A., Düsseldorf-Grafenberg 27
—, H. A., Bonn 16
Schmiz, Paul, Neuruppin 84
Schmorl, E.-A., Sonnenstein 100
Schneider, Berlin 10
—, Marsberg 74
—, Weilmünster 110
—, Georg, Kreuth 63
—, H., Gießen 40
—, Karl, Heidelberg 49
—, Kurt, München 78
—, Max, Lohr 71
—, O., Pf., Direktor, Nieder-Ramstadt 85
—, Reinhold, Leipzig-Dösen 68
Schnidtmann, Eglfing-Haar 29
Schnieder, Chemnitz 23
Schnitker, H., Münster 80
Schnitzler, H., Bedburg-Hau 7
Schnurr, Klara, Glatz-Scheibe 40
Schob, F., Dresden 26
Schoch, F., Roderbirken 94
Schoen, F., Göttingen 42
Schoenen, Marburg 73
Schönmehl, L., Goddelau 47
Scholz, München 77
Schonefeld, Untergöltzsch 107
Schopfl, Bad-Münchshöfen 80
Schorre, E., Köln 60
Schorsch, G., Leipzig 68

Digitized by Google

Schott, W., Landsberg a. d. Warthe 66
Schottenloher, Deggendorf 25
Schottky, Hildburghausen 51
Schramm, Fridolin, Pfafferode 89
Schreck, A., Rastatt 92
Schreiber, Ursberg 108
—, J., Anstaltspfarrer, Leiter, Lintorf 70 und 71
Schrems, Chemnitz 23
Schretzmann, O., Emmendingen 31
Schrittenlocher, E., Göppingen 41
Schroeder, Kurt, Pfafferode 89
Schröder, H., Kortau 62
—, Herm., Frankenthal 34
—, Paul, Leipzig 68
—, M., Bergstadt 8
Schrödter, Aug., Galkhausen 38
Schröter, Altscherbitz 3
Schubert, Bonn 16
—, Oeynhausen 88
—, Volmerdingen 108
Schuch, H., Erlangen 32
Schürlein, H., Wiesloch 112
Schürrhoff, Hausvater, Lintorf 71
Schuhmacher, Volmerdingen 108
Schulte, H., Berlin 11
—, H., Bonn 16
—, W., Jena 55
Schulte-Pelkum, Hermann, geistl. Direktor, Essen 33
Schultze, Hans, Schleswig-Stadtfeld 98
—, W., Apolda 5
Schulz, München 78
—, E., Bremen 18
—, Eugen, Leipzig-Dösen 68
—, H.-Erich, Kaufbeuren-Irsee 58
Schulze, Ferdinand, Ülsby 107
—, Herbert, Leipzig 68
—, K., Zschadraß 116
—, O., Berlin 9
Schulze-Bunte, Berlin 9
Schulze-Kahleyß, M., Hofheim 52
Schumacher, Oeynhausen 88
—, Gertrud, Galkhausen 38
—, W., Würzburg 114
Schumann, Neustadt (Schwarzwald) 118
Schunck, K., Schleswig-Stadtfeld 98
Schunk, H., Leiter, Delmenhorst 25
Schwab, Frankfurt a. M. 34
Schwabe, K., Langenhagen 66
Schwaiger, K., Berlin 11
Schwalbe, J., Eberswalde 29
Schwank, Erzpriester, Wormditt 114
Schwarte, W., Münster 80
Schwartz, Altscherbitz 3
Schwarz, H., Berlin 11
—, H., Lauenburg 67
—, K., Bayreuth 7
Schweiger, A., Zwiefalten 117
Schwenninger, A., Wiesloch 112
Schwermann, H., Zwiefalten 117
Schwiedler, A., Tost 104
Schwochow, P., Jena 55
Scriba, Goddelau 41
—, K., Gießen 40
Sebald, M., Kutzenberg 65
Seelert, Berlin 9.
Seeling, Altscherbitz 3
Segerath, F., Essen 33
Sehr, J., Gießen 39
Seibert, Straubing 102
Seidel, Assistenzärztin, Chemnitz 23
Seidemann, Hertha, Obernigk 87
Seidl, J., Düsseldorf-Grafenberg 27
Seifert, Chemnitz 23
Seige, M., Bad Liebenstein 70
Seitzer, A., Görlitz 42
Seiwert, G., Alzey 3
Selbach, H., Köln 60
Sendtner, F., Eglfing-Haar 29
Sengenhoff, W., Dortmund 25
Sernau, W., Gaschwitz-Leipzig 38
Settels, R., Süchteln 103
Severin, Greiffenberg 42
Sexauer, H., Stuttgart 102
Sgonine, Neustadt (Schwarzwald) 118
Sicking, A., Telgte 103
Sieghart, Lauingen 67
Sieler, H., Direktor, Anstaltsleiter, Benninghausen 8
Sighart, A., Günzburg 44
Silberschmidt, Berlin 10
Simmendinger, Bonn 15
Simon, Oeynhausen 88
—, Ilten 54

Digitized by Google

Simon, Volmerdingen 108
Sinn, Rich., Neubabelsberg 82
Sioli, F., Düsseldorf-Grafenberg 27
Sitzler, K., Teupitz 104
Skalweit, Rostock 95
Sniehotta, Ruth, Eberswalde 29
Solken, Gertrud, Berlin 9
Sollmann, H., Breslau 19
Sommer, E., Wölfelsgrund 114
Sommerer, H., leitender Anstaltsgeistlicher, Neinstedt a. H. 81
Sorg, M., Weißenau 111
Spangenberg, K., Hohe-Mark 52
Spannagel, E., Wiesloch 112
Spatz, H., Berlin 8
Späth, Ferd., Gremsdorf 43
—, Wilhelm, Direktor, Freiburg i. Br. 35
Speer, E., Lindau 70
—, H., Heidelberg 49
Speltzen, Essen 33
Spiedeck, Gumbert, Leiter, Gremsdorf 43
Spinak, B., wirtschaftl. Leiter, Königstein (Taunus) 61
Splotmann, W., Alzey 3
Sprengel, K., Obernigk 87
Sprockhoff, Heidelberg 49
Stadelmann, H., Dresden 26
Stadler, Frankfurt a. M. 34
v. Staff, Kraschnitz 62
Stahl, H., Bedburg-Hau 7
Stambach, L., Ahrweiler 2
Star, Johannes, Caritasdirektor, Meitingen 75
Stark, E., München 77
Stauder, K. H., München 77
Stefan, H., Köln 60
Steger, E., Gundelsheim (Neckar) 45
—, M., München-Obersendling 79
Steggemann, F., Tilbeck 104
Steggemann-Nienhaus, Tilbeck 104
Stegmaier, F., Fulda 37
Stegmann, A., Winnental 113
Stehle, Rottenmünster 96
Stehr, G., Brieg 20
Steichele, Römershag 95
Steiger, Geisingen 38
Steigerthal, Direktor, Leiter, Hamburg-Farmsen 48
Stein, H., Süchteln 103
Steinbacher, J., Schönbrunn 98
Steinbrecher, M., Düren 27
Steiniger, J., Anstaltsdirektor, Schönbrunn 98
Steinkopff, W., Würzburg 114
Steinmann, Inge, Münster 80
Steinmeier, Fr., Nürnberg 86
Steinmeyer, Th., Bremen 18
Steinwachs, Pastor, Vorsteher, Kreuzburg 63
Stelzer, Georg, Leiter, Bad Münchshöfen 80
Stemmler, L., Waldheim 109
Stender, Breslau 19
—, C., Altona 3
Stenz, Grumbach 44
Stephan, M., Wittstock 113
Sternberg, Berlin 8
Stertz, G., Kiel 59
Steumann, Erziehungsinspektor, Anstaltsleiter, Templin 104
Stidl, O., Winnental 113
Stillger, H., Düren 27
Stoeckle, R., Lohr 71
Stolz, Karl, Missionar, Direktor, Kork 61
Stolze, H., Warstein 109
Stoltenhoff, H., Dresden 26
—, Mathilde, Dresden 26
Störtkuhl, Thea, Neuemühle-Niederzwehren 82
Störring, E., Greifswald 43
—, G., Göttingen 42
Stosch, H., Branitz 17
Stössel, K., Würzburg 114
Stracke, H., Erlangen 32
Strasburger, Neustadt, Schwarzwald 118
Strasser, Fachärztin, Aulhausen 6
Straube, W., Kraschnitz 62
Streich, A., Hausvater, Renchen, Baden 93
Streichele, K., Gabersee 38
Strickstrock, Marga, Bonn 17
Strobel, H., München-Obersendling 79
Ströhle, P., Direktor, Maria-Veen 74
Stroehlein, Lindenfels 70

Digitized by Google

Strohschein. A., Direktor. Striegau-Land 102
Stroomann. Bühl 21
Struben, Neuß a. Rh. 84
Struck, H., Schleswig-Stadtfeld 98
Strünckmann, Harzburg-Bad 48
Struppler, Th., München 77
Struwe, Fr., Neustadt i. H. 85
Stüber, F., Hildesheim 51
Sturm, Berlin 9
—, R., Ahrweiler 2
Stüvermann, F., Osnabrück 88
Stutte, H., Tübingen 106
Suckow, J., Leipzig Dösen 68
Sünner, Berlin 9
Syring, P., Neuruppin 84

Take, H., Benninghausen 8
Tecklenburg, A., Nöbdenitz 86
Termehr, F., Galkhausen 38
Teske, Königsberg 60
Tetzner, R., Schkeuditz 97
Teufel, G., Köln 60
Teuscher, H., Dresden 26
Thelen, Aachen 1
Theobald, M., Eglfing-Haar 29
Theopold, W., Lindenhaus 70
Thiel, O., Tübingen 106
Thiele, Berlin 9
Thielen, J., Ansbach 4
Thinnes, P., Goddelau 41
Thöllden, Oberpfarrer, Leiter, Apolda 5
Thraum, Marie Luise, Tübingen 106
Thumm, M., Illenau 54 und Renchen (Baden) 93
Tieke, W., Trier 106
Tietze, K., Jerichow 56
Tiling, P., Ückermünde 107
Tilliss, A., Galkhausen 38
Timann, K., Großschweidnitz 43
Timoseeff-Ressovsky, Berlin 9
Titius, Allenberg 2
Titruschka, Stadtroda 101
Todt, K., Pädagog, Direktor, Scheuern 97
Többen, Münster 80
Tödter, W., Bedburg-Hau 7
Tönnis, W., Berlin 9
Töppich, G., Leubus 69
Torka, Buchenlust 21 und Gleiwitz 40
Tost, Alfred, Breslau 109
Trapet, A., Bedburg-Hau 7
Traude, Hanna, Ahrweiler 2
Trillitzsch, O., Privatschuldirektor, Dresden 26
Troeltsch, W., Marburg 74
Trostdorf, E., Göttingen 42
Trüper, Jena 56
Twardy, H., Carlshöfer Anstalten 22

Uebler, K., Gabersee 38
Uetees, Homburg 52
Unruh, O., Stralsund 102
Urbach, J., Branitz 17
Uthoff, W., Bottrop 17
Utz, F., Gabersee 38

Vauck, O., Schkeuditz 97
Vierzigmann, A., Regensburg 92
Vieten, K., Jerichow 56
Vieweger, Bonn 16
Vigano, Weilmünster 110
Villinger, Bethel 12
Vix, K., Lüneburg 72
—, W., Darmstadt 24
Vogel, N., Wiesloch 112
Vogelgsang, W., Riedhof b. Ulm 94
Vogler, H., München 78
Vogt, Hubertusburg 53
—, C., Neustadt (Schwarzwald) 118
—, Martha, Neustadt (Schwarzwald) 118
—, O., Neustadt (Schwarzwald) 118
v. Volkmann, Bethel 12
Volkmann, Th., Zschadraß 116
Volland, Bethel 12
Vollheim, H., Ückermünde 106
Vomstein, Karl, Direktor, Herten 50
Vorschütz, Ärztin, Weilmünster 110
Voss, Königsberg, 60
Voß, Hamburg 47
—, K., Potsdam 91

Wacker, Karl, Direktor, Leiter, Mariaberg 74
Waetzold, Berlin 10
Wagenknecht, Berlin 10
Wagner, Bethel 12

Digitized by Google

Wagner, Weißenfels 111
—, A., Hochweitzschen 51
—, Fr., Zeitz 116
—, W., Breslau 19
Wahn, M., Krefeld 43
Wallis, Untergöltzsch 107
Wallrapp, J., Lohr 71
Walter, K., Emmendingen 31
Walther, Hubertusburg 53
—, Otto, Neustadt i. H. 85
—, P., Wiesloch 112
Wandl, H., Eglfing-Haar 30
Warda, Blankenburg 14
Warstadt, A., Berlin 9
Wassermeyer, Alsbach 2
Wasum, Hubertusburg 53
Watz, Kreuznach 65
Wauschkuhn, Berlin 10
Wawrzik, F., Jena 55
Weber, Frankfurt a. M. 34
—, Direktor, Linsheim 100
—, H., Bad Münchshofen 80
—, Karl, Frankenthal 34
—, Maria, München 78
—, Wilh., Goddelau 41
Wedemann, Eisenach 31
Wegener, Lintorf 71
—, Bernburg 12
—, H., Düsseldorf-Grafenberg 27
—, K., Warstein 109
—, P., Amelsbüren 4
Weicksel, M., Hubertusburg 53
Weidner, E., Merzig 76
Weigel, Marga, Gießen 39
Weiler, G., Heidelberg 49
Weinbrenner, E., Düsseldorf-Grafenberg 27
Weinland, Aug., Schussenried 99
Weirich, Zeulenroda 116
Weiß, Blankenburg 14
—, E., Sorau 101
—, H., Königstein (Taunus) 61
—, O. L., Bonn 16
Weißenfeld, F., Leubus 69
Weißgerber, Altscherbitz 3
Weitbrecht, H. J., Göppingen 41
Weitze, A., Schwester, Leiterin, Jauer 55
v. Weizsäcker, Heidelberg 49
Welck, Bethel 12
Welke, W., Leubus 69
Welle, Fr., Amelsbüren 4
Welling, Ebernach 28
Wember, Gertrud, Münster 80
Wenig, Fr., Lüneburg 72
Wentzlau, K., Göttingen 42
Wenzel, G., Uchtspringe 106
Werner, Bonn 16
—, J., Hochweitzschen 51
Wernicke, F., Münster 80
—, Oberärztin, Meseritz-Obrawalde 76
Weskott, W., Weißenau 111
Wessing, K., Lengerich 69
Weßler, Pfarrer, Direktor, Bielstein 13
Westermann, J., Ensen 31 und Porz-Ensen 90
Westphal, K., Neue Mühle-Niederzwehren 82
Wetting, Cochem 23
Wetzel, Stuttgart 102
Wichmann, Herborn 50
—, B., Münster 80
Wicke, K., Jena 55
Widenmayer, H., Illenau 54
Wiedeburg, Blankenburg 14
Wiederkehr, H., Kork b. Kehl 62
Wiehl, Berlin 11
Wiemer, Pastor, Direktor, Borsdorf 17
Wieners, A., Bernau 12
Wiepking, H., Schwerin 99
Wieser, O., Herxheim 50
Wiesner, Marsberg 74
Wiesendanger, S., Wiesloch 112
v. Wietersheim, Ruth, Breslau 19
Wilcke, U., Lüben 72
Wilckens, Robert, Pfarrer, Direktor, Mosbach 77
Wildermuth, H., Winnental 113
Wilhelm, Direktor, Liebenau 69
—, J., Direktor, Anstaltsvorstand, Bodnegg 15
Wilhelmy, A., Bonn 17
Wilke, Berlin 8
Willige, Ilten 54
Wilmers, Bethel 12
Winkel, L., Bedburg-Hau 7
Winkler, Bischofswerder 14

Digitized by Google

Winkler, G., Plagwitz a. d. B. 90
Winninghoff, B., Wunstorf 115
Winter, Fr., Lengerich 69
Wintergerst, J., Treptow 105
Wirtz, K.-H., Jena 55
Wirtzmann, Direktor, Straubing 102
Wischer, G., Arnsdorf 5
Witetzki, Tapiau 103
Witte, F., Bedburg-Hau 7
Wittermann, E., Weinsberg 110
Wittmann, J., Ansbach 4
—, Bonn 16
Wittneben, W., Treysa 105
Wodarz, Ottmachau 88
Wößner, P., Fußbach 37
Wolf-Küster, Berlin 10
Wolfer, Warstein 109
Wolfers, J., Krefeld 63
Wolff, Nastätten 81
—, O., Katzenelnbogen 57, 58
Wolff-Lühr, Nervenärztin, Katzenelnbogen 58
Worken, Drollshagen 27
Wosnik, F., Branitz 17
Wrede, Rottenmünster 96
Würthle, H.-G., Harzburg-Bad 48
Würthle-Reckziegel, Hausärztin, Harzburg-Bad 48
Wüsten, Bertha, Teupitz 104
Wutz, Stadtroda 101
Wychram, E., Hohenpeißenberg 52
Zach, Magdalena, Oberin der Verwaltung, Lauingen 67
Zahn, H. W., Baden-Baden 6
Zeil, Hubertusburg 53
Zeiler, Hubertusburg 53
—, Assistenzärztin, Neuendettelsau 82 u. 83
Zeiß, Haina 45
Zenker, E., Freienwalde 36
Zerweck, Markgröningen 74
Ziegelroth, Nietleben 64
Ziegler, G., Deybach 25
—, Jakob, Direktor, Hasenweiler 48
Ziehen, V., München 77
Ziehm, A., Stralsund 102
Ziervogel, Käthe, Leipzig 68
Ziesche, F., Inspektor, Leiter, Eberstadt 28
Zietsch, K., Berlin 10
Zillig, Frankfurt a. M. 34
Zils, W., Bottrop 17
Zistl, Taufkirchen 103
Zitzmann, C., Pastor, Zoar-Tormersdorf 116
Zucker, Pirna 89
Zutt, G., Berlin 8
Zwick, Leiter, Walldorf 109
Zwilling, H., Konstanz 61
Zwirner, E., Berlin 9

B. Österreich.

Aiginger, J., Gugging 122
Aigner, Karoline, Graz 122
Arlt, E., Graz 122
Aschner, B., Wien 129
Auersperg, A., Wien 127

Baader, Maria Ida, Wien 127
Basch, R., Wien 128
Baumgartner, O., Wien 128
Benoni, Ed., Biedermannsdorf 126
Bertha, H., Graz 121
Birkmeyer, W., Wien 127
Blaha, F., Wien 129
Bodner, Aug., Ybbs 129
Böhm, J., Niederhart-Linz 125
Bonvicini, G., Tulln 126
Breiteneder, K., Gugging 122
Brigl, J., Mauer-Öhling 124
Brücke, Stefanie, Graz 121
Brümner, Martha, Wien 127
Bruha, F., Ybbs 129
Buchner, O., Wien 129

Comerval, G., Niedernhart-Linz 125

Deutsch, L., Wien 128
Dussik, K. Th., Wien 127

Eggerth, A., Wien-Lainz 129
Engerth, G., Wien 127
Erdheim, Tea, Wien 128

Digitized by Google

Farbmacher, Joh., Salzburg 125
Fassel, R., Gschwendt 122
Fessler, L., Wien 128
Folger, K., Klagenfurt 124
Forstmeyer, Wilhelmine, Wien 127
Franke, V., Wien 127
Friedmann, R., Wien 128
Fries, Ed., Inzersdorf 123

Gabriel, E., Wien 127
Ganner, H., Innsbruck 123
Gasteiger, W., Wien 127
Gerstmann, J., Wien 128
Gföllner, H., Salzburg 125
Gilnreiner, Nadeschka, Wien 127
Grabherr, E., Mauer-Öhling 124
Großmann, B., Tulln 126
Grünbacher, E., Hartheim 123
Grünwald, Klara, Wien 128
Guttenberg, E., Wien 127

Hamburger, F., Biedermannsdorf 120
—, F., Wien 129
Heller, Th., Dr. phil., Direktor, Wien-Grinzing 129
Herz, B. A., Wien 128 und 129
Hofer, H., Gugging 122
Hoff, H., Wien 127
Hofmann, Ernst, Graz 122
Hofstätter, L., Wien 128
Hojer, Cäzilie, Wien-Lainz 129
Huber, A., Wien 127
Hubert, K., Wien-Lainz 129
Hübsch, Margarete, Wien 128

Jakobovits, A.,Neudörfl 124
Jechiel, F., Wien 128
Jekelius, E., Wien 127

Kauders, O., Graz 121
v. Klebelsberg, Hall 122
Kolmer, Hans, Graz 121
Kornacher, Aug., Pfarrer, Rektor, Gallneukirchen 121
Korp, P., Graz 122
Koss, H., Graz 122
Kraft, Fr., Wien 127
Krainer, L., Wien 128
Kryspin-Exner, W., Wien 127
Kubasta, Elisabeth, Innsbruck 123
Küttel, L., Gugging 122
Kuscher, F., Eggenburg N. Ö. 120

Lang, R., Wien 127
Längle, A., Valduna 126
—, W., Innsbruck 123
Landwehr-Pragenau, G., Neudörfl 124
Larcher, K., Innsbruck 123
Link, Irene, Wien 128
Löffler, E., Wien 127
Lonauer, R., Graz 121
Ludwig, Bieder, Wien 128

Machan, H., Graz 122
Mader, A., Wien 127
Marburg, O., Wien 128
Mauczka, A., Wien 127
Mauermann, W., Wien 127
Mayer, Franz, Niedernhart-Linz 125
—, K., Graz 121 und 122
Meixner, P., administrativer Direktor, Rekawinkel 125
v. Menninger-Lerchenthal, E., Tulln 126
Miglitz, Lassnitzhöhe 124
Mildner, Ed., Gugging 122
Mittermayer, Karl, Direktor, Hartheim 123
Morgenstern, Maria, Wien 127
Müller v. Riensburg, Verwalter, Schwanberg 125

Nagy, K., Gugging 122
Nemitz, Fr., Klagenfurt 124
Niedermoser, Fr., Klagenfurt 124
Niedoba, Elisabeth, Innsbruck 123
Noe-Nordberg, K., Inzersdorf 123
Novotny, S., Wien 127
Nowetny, K., Wien 127

Olesker, L., Wien 127
Oman, K., Mauer-Öhling 124
Oswald, A., Graz 122

Palisa, Christine, Wien 127
Pappenheim, Else, Wien 127
Pawlicki, L., Wien 127
Peintror, M., Niedernhart-Linz 125

Digitized by Google

Petschig, A., Graz 121
Phleps, E., Graz 121
Pibus, A., Wien 127
Pichler, E., Wien 127
Pilcz, A., Wien 129
Piringer, Joh., Süßenbrunn-Schloß 126
Pisk, G., Wien 128
Plenk, G., Wien 128
Podhajsky, W., Wien 127
Pötzl, O., Wien 127
Pokorny, W., Gallneukirchen 121
Pollak, Eu., Wien 128

v. Rainer zu Harbach, Präsidentin, Klagenfurt 124
Redlich, F., Wien 127
Reisinger, Ed., kaufmänn. Leiter, Süßenbrunn-Schloß 126
Rieger, J., Wien-Grinzing 129
Ritter, G., Valduna 126
Rottmann, A., Wien 127

Scharpf, M., Mauer-Öhling 124
Scherz, J., Wien 127
Scheuhammer, Paula, Wien 127
Schicker, J., Mauer-Öhling 124
v. Schmuck, L., Hall 122
Schmuttermayer, F., Innsbruck 123
Schock, Leandra, Oberin, Schwarzach 126
Schweitzer, H., Bruck a. d. Mur 120
Siebert, Fr., Mauer-Öhling 124
Silbermann, M., Wien 127
Sorger, E., Graz 122
Spörl, Viktor, Rekawinkel 125
Stanka, H., Wien 127
Steiner, Joh., Valduna 126
Stengel, E., Wien 127
Strommer, S., Biedermannsdorf 120
Suwald, R., Wien-Lainz 129
Szigetti, J., Inzersdorf 123

Thaler, M., Ybbs 129
Theiner, G., Graz 121
Torggler, Klagenfurt 124
—, R., Graz 122

Umlauf, H., Wien 127
Urban, H., Wien-Lainz 129

Veitl, B., Schwarzach 126
Viehmann, F., Direktor, Biedermannsdorf 120

Wagner, Majella, Ordensschwester, Direktion, Hollabrunn 123
Wais, Julius H., Direktor, Eggenburg N.Ö. 120
Weeber, R., Graz 122
Weiß, Sigmund, Rekawinkel 125
Wiedemann, A., Hall 122
Wiesinger, F., Niedernhart-Linz 125
Wilder, J., Wien 128
Winter, F., Klagenfurt 124
Wissgott, L., Wien 127
Wöss, F., Mauer-Öhling 124
Wojatschek, Ad., Schwanberg 125
Wolfer, Leo, Salzburg 125

Zechner, W., Ybbs 129
Zumpfe, H., Innsbruck 123

C. Schweiz.

Adert, Vert-Mont 136
Adler, G., Waldau 137
Anselmier, Préfargier 135

Bachmann, W., La Friedmatt 132
Baliasny, L., Liestal 134
Barbezat, Genf 132
Belart, W., Burghölzli 131
Beno, M., Malévoz b. Monthey 134
Berger, Berta, Königsfelden 133
Bernasconi, O., Casvegno 131
Bersot, H., Le Landeron 133
Bidlingmeyer, P., Cery 132
Binder, H., La Friedmatt 132
Binswanger, H., Burghölzli 131
—, L., Kreuzlingen 133
Biondi, G., Casvegno 131
Blattner, F., Königsfelden 133
Boller, E., Burghölzli 131
Borel, Ed., Perreux b. Bondry 135
Boß, M., Knonau 133
Bossard, L., St. Urban 136

Digitized by Google

Bovel, L., Cery 132
Boven, Prilly 135
Brauchli, Münsingen 134
Briner, O., Waldau 137
Brunner, Th., Küßnacht 133
Burtscher, Th., Hérisau 132

Calame, S. Mme, La Métairie 134
Cart, Vevey 136

Danjon, P., Les Rives de Prangins 135
Decurtins, St. Urban 136
Domanowitz, J., Wil 137
Duby, K., La Métairie 134
Dürst, G., Königsfelden 133
Dukor, B., La Friedmatt 132

Escher, Sonnenfels 136
Esther, M., La Rosegg 136

Fankhauser, E., Waldau 137
Ferrat, Irene, La Hohenegg 132
Forel, O., Les Rives de Prangins 135
Friedemann, A., Bellelay 131
Frölicher, E., La Friedmatt 132
Furrer, J., Kilchberg 133

Gehry, K., Le Rheinau 135
Georgi, F., Ärztin, Yverdon 137
German, J., Wil 137
Geronimi, E., Bel-Air 131
Gingold, L., Meiringen 134
Glaus, A., Burghölzli 131
Goldblatt, Rosa, Wil 137
Groß, M., Les Rives de Prangins 135
Guillerey, La Métairie 134
Guisan, P., Boismont 131
Gutmann, J., Breitenau 131

Hiller, W., Wil 137
Hinrichsen, O., Hérisau 132
Honegger, E., Yverdon 137
Huber, H., Kilchberg 133
Humbert, Bellelay 131

aJnsen, M., Kilchberg 133
Jenny, F., Waldau 137
Jörger, J., Waldhaus 137
de Jonge, K., Les Rives de Prangins 135

Kaech, R., Cery 132
Kesselring, Direktor, La Hohenegg 132
Kielholz, Königsfelden 133
Klaesi, Knonau 133 und Waldau 137
Klein, D., Le Rheinau 135
Krayenbühl, Zihlschlacht 137
Künzler, Ötwil 135
Kunz, Mme, Münsterlingen 134

Ladame, Bel-Air 131
Lauber, P., Marsens 134
Liepmann, W., Sonnenhalde 136
Lisak, A., Königsfelden 133
Loewenstein, O., La Métairie 134
Lutz, J., Burghölzli 131
—, Meta, Burghölzli 131

Maier, H. W., Burghölzli 131
Manser, Franziskusheim-Meisenberg 132
Manzoni, B., Casvegno 131
Mayer, R., Oetwil 135
Mayor, Eugène, Perreux b. Boudry 135
Mazel, Mlle., Perreux b. Boudry 135
Meierhoffer, Marie, Burghölzli 131
Mirkowitsch, Mlle., Waldau 137
Mont-mollin, R., Bel-Air 131
Morel, F., Bel-Air 131
Morh, P., Breitenau 131
Moser, H., Breitenau 131
Müller, A., Wil 137
—, Marg., La Hohenegg 132
—, S., La Friedmatt 132
Naef, Wil 137
Nägeli, H., Burghölzli 131
Nagel, W., Burghölzli 131

Ott, Th., Cery 132

Pfister, O., Hérisau 132
—, P., St. Urban 136
Phiebig, Annemaria, Königsfelden 133
Plattner, Mme., Le Rheinau 135
—, P., La Friedmatt 132
Preß, Marie-Louise, Burghölzli 131
Puliarevitsch, G., Liestal 134

Digitized by Google

Ramer, P., La Friedmatt 132
Raoux, E., Cery 132
Repond, A., Malévoz b. Monthey 134
—, Mme, Malévoz b. Monthey 134
Riggenbach, O., Préfargier 135
Ris, A., Mme., Münsterlingen 134
Rosenthal, Küßnacht 133

v. Salis, Realta b. Thusis 135
Savoy, G., Malévoz b. Monthey 134
Schabelitz, H., La Rosegg 136
Schmid, Wyß 137
Schnyder, P., Wil 137
Schwyn, H., Littenheid 134
Seelig, E., Le Rheinau 135
Siehr, Ursula, St. Pirminsberg 135
Sikemeier, Sonnenhalde 136
Smus, J., Münsterlingen 134
Stähelin, La Friedmatt 132
Staehli, R., Waldau 137
Steck, Cery 132
Straus, W., Le Rheinau 135
—, R., Waldau 137
Stutz, Liestal 134

Torriani, A., Waldhaus 137
Tramer, La Rosegg 136
Treffzer, Charlotte, La Rosegg 136
Tscherniak, M., Bel-Air 131
Tuffli, F., Realta b. Thusis 135

Voirol, J., Bellelay 131
Voitaschewski, Marsens 134

Walker, G., Burghölzli 131
—, H., Münsterlingen 134
Weber, A., Waldau 137
Wenger, O., Waldau 137
Wespi, H., Burghölzli 131
v. Weydlich, Le Landeron 133
Wieland, M., La Friedmatt 132
Wille, Münsterlingen 134
Wirth, O., St. Pirminsberg 135
Wirz, Meiringen 134
Wyrsch, J., Waldau 137

Zehnder, Marg., St. Urban 136

Digitized by Google

Reproduktionszwang und Wirklichkeitskontakt.

Schizophrener Prozeß oder degenerative Episode?

Von

Walter Betzendahl.

Vorbemerkung.

Es soll hier eine Beobachtung mitgeteilt werden, welche mehr als bloß kasuistisches Interesse hat. Gewiß wird die Fallsammlung von Erscheinungen der Depersonalisation, insbesondere in der Richtung des Zeiterlebens, um einen weiteren vermehrt, aber das ist doch nicht hier das eigentliche Absehen. Die Erkrankung, die hier beschrieben werden soll, war nicht ein einfaches Kuriosum: Sie ergab Schwierigkeiten der diagnostischen Einordnung, und zwar praktisch bedeutsame, da sich ein Ehescheidungsprozeß wegen eventuellen Erbleidens und dann auch die Frage einer Meldung zur Sterilisation daran anschloß. Welche Rolle eigentlich die auffallendsten Symptome, vor allem die Trugwahrnehmung der Wiederholung, die nämlich im Mittelpunkt der Störungen stand, spielte, das näher zu untersuchen war unter diesen Umständen mehr als eine Sache müßiger Spekulation.

Doch nun zum Gegenstand! Vor allem die Franzosen haben dem Symptom des déja-vu oder auch wohl -raconté und wie man sonst immer Erfahrungen der Wiederholung bezeichnet hat, verhältnismäßig frühzeitig ihre Aufmerksamkeit zugewandt. Das drückt sich in der Terminologie aus. Befriedigende Erklärungen haben sie nicht zugleich gegeben. Wo auch nur das Phänomen auftauchte, nahm man es in seiner Isoliertheit oder reduzierte es höchstens auf physiologische oder gar mehr oder weniger mechanische Gegebenheiten und Gesetze. Was das angeht, so sei als krasses Beispiel die Theorie von Jessen angeführt, wonach es sich, wie beim Wettstreit der Sehfelder, um eine Konkurrenz der beiden Hirnhälften handeln soll. Von Pick, der eine hierher gehörige Mitteilung machte, wird wenigstens erwähnt, daß sein Kranker an Paralyse gelitten habe. Die Einbettung des Symptoms in Genese und Dynamik der Gesamtpersönlichkeit ist dabei das Allerwichtigste. Darauf soll auch die nachfolgende Untersuchung gerichtet sein.

Digitized by Google

Krankengeschichte.

Bei dem Fall handelt es sich um eine 26jährige Frau, verheiratet mit einem wenig älteren Arzte, der in dieser Zeit verschiedene Assistentenstellen, erst an einem diagnostischen Ambulatorium, dann in einer Hautklinik inne hatte. Die Pat. kam am 18. 9. 1934 in Begleitung ihres Vaters zur Klinik. Am Tage zuvor war von einem Sanatorium in der Nähe Berlins ein Zeugnis ausgestellt worden, wonach sie vom 29. 4. bis 31. 5. 1934 auf der dortigen geschlossenen Abteilung sich befunden habe. Sie wurde dann als gebessert entlassen, aber eine endgültige Diagnose konnte nicht gestellt werden. Man sprach von einem »Verdacht auf beginnende Schizophrenie«, aber andererseits auch von »psychopathischen Beimengungen«. Am gleichen Tage wurde auch noch mitgeteilt, daß durch den Antrag des Ehemannes auf Scheidung eine erhebliche Verschlechterung eingetreten sei, so daß die Kranke anscheinend zu Hause nicht behalten werden könne. Es bestehen auch Bedenken, daß die Pat. in ihrem jetzigen Zustande vor Gericht erscheinen könne. Der Vater, ein pensionierter mittlerer Postbeamter, gab dann hier zur Vorgeschichte an, daß die Pat. vor 8 Jahren ihren Mann während eines Spazierganges mit ihrer Mutter kennengelernt habe. Dieser sei damals noch Student gewesen und habe sein Studium auch weiterhin in Berlin absolviert, um mit seiner Braut zusammen zu sein. Die ganzen Jahre habe er im Hause der künftigen Schwiegereltern verkehrt. Beide seien auch zusammen einmal verreist gewesen, und es habe zu vermuten gestanden, daß es auch schon vor der Eheschließung zu Geschlechtsverkehr gekommen sei. Das Einvernehmen zwischen den beiden sei gut gewesen, aber von seiten der Mutter des Mannes habe sich ein Widerstand erhoben. Angeblich sollen es wirtschaftliche Gründe gewesen sein, und es sei auch der Pat. direkt erklärt worden, ohne soundsoviel Mitgift werde aus der Ehe nichts werden. Schließlich habe sich der Einfluß seiner Eltern so weitgehend bei dem Verlobten geltend gemacht, daß er gelegentlich die Bemerkung fallen ließ, eigentlich denke er gar nicht ans Heiraten. Das alles habe auf die Pat. etwas niederdrückend gewirkt. Trotz alledem sei es aber dann doch zur Heirat gekommen, und zwar am 9. 9. 1933. Gleich von vornherein habe es Mißhelligkeiten gegeben. Die Pa. habe der Mutter ihr Leid geklagt: Ihr Mann sei beim Geschlechtsverkehr grob zu ihr, beiße sie ganz fest, was ihr auch unnatürlich vorkomme. Sie meinte, das könne doch nicht das richtige Verhältnis zwischen Eheleuten sein. Die Mißstimmung habe dann zugenommen und äußere sich nun seit 6 Monaten in einer nervösen Art, indem sie heftig und kurz angebunden sei. Etwa gegen Pfingsten 1934 habe Pat. jeden Geschlechtsverkehr abgelehnt, worauf ihr der Ehemann erklärt habe, dann müßte er sich scheiden lassen, sie möchte ihn ja nicht mehr, und dann paßten sie nicht mehr zusammen. Vor 8 Wochen sei dann der Ehemann fortgezogen, und zwar zu seinen Eltern. Zugleich habe er auch den Scheidungsantrag gestellt. Die Nervosität der Pat. habe in dieser Zeit sich noch sehr gesteigert, sie habe ihre Eltern beschuldigt, sie hätten die unglückliche Ehe auf dem Gewissen. Schließlich habe sie angefangen, wirres Zeug zu reden. Besonders in den letzten 14 Tagen habe sich der Zustand verschlimmert. Vorigen Sonntag vollends habe sie zu den Eltern gesagt, sie werde ihren Kopf verlieren, und ihr Bruder und dessen Frau — andere Geschwister habe Pat. nicht — seien nichts mehr wert. Die Pat. sei dabei ständig auf und ab gegangen, habe auch viel geredet, meist ohne daß — jedenfalls von den Eltern — ein Zusammenhang zu erkennen gewesen sei. Besonders überraschend sei die Äußerung gewesen, daß man gar nicht mehr das Jahr 1934 haben solle: es müsse 10 Jahre

Digitized by Google

früher sein; der Mann aber sei ein Zuhälter und Schuft, der sie soweit gebracht habe. Die letzte Nacht vor der Aufnahme habe sie heftige Schmerzen im Kopf, Ziehen im Unterleib und zuweilen auch Erbrechen gehabt. Zwischendurch waren die Eltern 14 Tage verreist gewesen, weil ihnen der Zustand trotzalledem nicht weiter besorgniserregend vorgekommen sei. Als sie dann jetzt zurückgekommen seien, habe ihnen die Pat. bei Betreten der Wohnung laut entgegengeschrien: »Raus!« Diesen Ruf habe sie fast jedesmal der Mutter entgegengeschleudert, wenn sie ins Zimmer gekommen sei. Man habe die Wohnung ganz unordentlich vorgefunden; offenbar sei während der ganzen Dauer des Fernbleibens der Eltern nicht aufgeräumt, nicht gespült, nicht das Bett gemacht worden. Es habe so ausgesehen, als habe sie am Ende nur noch von Schokolade gelebt; sie sei dann auch körperlich sehr herunter gewesen. Auffallend sei aber vor allem gewesen, daß sich einige neue Sachen vorgefunden haben: Kleider, Schuhe usw. und besonders aber ein Spielzeug, und zwar ein Bär, den die Pat. mit Kleidern von sich ausstaffiert gehabt habe. Im ganzen habe die Feindseligkeit den Eltern gegenüber noch zugenommen, Pat. habe auf sie geschimpft, und zwar in recht beleidigenden Ausdrücken. Dabei sei ihre Mimik recht widerspruchsvoll gewesen: mal habe sie die Eltern wild angestarrt, mal ein sanftes Lächeln aufgesetzt. Geschlafen habe sie sehr schlecht, unruhig sei der Schlaf schon längere Zeit gewesen. — Über die Persönlichkeit vor der Erkrankung gibt der Vater noch an, daß die Pat. früher ein lustiger Mensch gewesen sei, durchaus nicht abgeschlossen in ihrer Art; sie habe auch Freundinnen gehabt; zum Tanzen freilich sei sie nicht viel gegangen, wobei zu bemerken sei, daß der Verlobte auch nicht gern getanzt habe. In der Schule sei sie bis zur Obertertia gekommen, in den ersten Jahren sei sie nicht gerade besonders gut gewesen, später aber doch eine Durchschnittsschülerin. Nach der Schule sei sie bei den Eltern geblieben. Mit 16 Jahren habe sie eine doppelseitige Lungenentzündung gehabt, an der sie 1/4 Jahr krank gelegen habe. Das sei alles an erheblicheren Krankheiten gewesen. Die Periode sei aber erst mit 16 Jahren aufgetreten, dann immer etwas unregelmäßig gewesen. Die letzten 6 Monate sei sie noch unregelmäßiger geworden und manchmal einen ganzen Monat weggeblieben. Die Pat. habe noch einen 25 Jahre alten Bruder, der gesund sei; eine Schwester sei mit 4 Jahren an Blinddarmentzündung gestorben, Fehlgeburten habe die Mutter nicht gehabt. Der ref. Vater sei 62 Jahre alt und fühle sich gesund; die Mutter sei 52, außer einem operativ behandelten Unterleibstumor vor 10 Jahren habe ihr auch nichts gefehlt. Ein Onkel der Mutter sei vom Wagen heruntergefallen und seitdem geistesgestört gewesen, er sei in die Anstalt gebracht worden, von wo man ihn erst als geheilt entlassen habe; nach einiger Zeit sei er aber dann doch wieder eingeliefert worden und dort auch gestorben.

Die Pat. selbst ist eine gut gewachsene Frau, reichlich mittelgroß, schlank. Das Gesicht ist im ganzen wohlgebildet, zeigt nur eine gewisse Kindlichkeit, ist indessen nicht ohne Anmut. Die Augen sind groß und glänzend. Die Haut ist zwar frei von Unreinlichkeiten, besitzt aber doch, wenigstens im Gesicht, einen Anflug von fahler Blässe, wie auch das Unterhautzellgewebe etwas sulzige Beschaffenheit hat. Das Haar ist schwarz, weist bei allem Gepflegtsein eine Neigung auf, zu fettigen Strähnen zusammenzukleben. Man sieht, daß die Pat. unzureichend gegessen hat. Zu erwähnen ist im übrigen noch die starke Dermographie, dabei auch eine Bereitschaft zu fleckiger Rötung im Gesicht und auch um den Hals herum bis zu den Schlüsselbeinen. Die neurologische Untersuchung

Digitized by Google

ergab keinerlei Abweichung von der Norm. Das gilt auch für den internistischen Befund und die serologischen Reaktionen im Blut. Wiedergegeben werden sollen hier auch schon einige spätere Befunde: Am 22. 9. 1934 im Blutbild: 4400 Leukozyten, Lymphozyten 29%. Leichte Anisocytose. Der Grundumsatz war am 22. 9. 34 mit einem Sollwert von 1360 Kal. und einem Istwert von 1290 Kal.: — 5%. Der Calciumspiegel 10,2 mg %. Gynäkologisch fand sich (in der Frauenklinik der Charité) am 19. 9. 34 ein normaler Tastbefund. Die ophtalmologische Untersuchung (in der Augenklinik der Charité) ergab am 12. 11. 34 beiderseits eine Myopie von $1^1/_2$ Dptr. bei normalem Hintergrund. Es mag dann auch gleich, da hierbei eine Röntgenaufnahme der Sella turcica und zwar am 8. 11. 34 angefertigt wurde, das Untersuchungsergebnis von Prof. *W. Jaensch* (Institut für Konstitutions-Medizin der Charité), wiedergegeben werden, aus dem Schreiben vom 6. 11. 34: »Das wichtigste, was wir an ihr bemerkten, ist ein infantiles Verhalten der Nachbildgröße beim Messen in verschiedener Entfernung. Eidetikerin ist sie nicht, aber die gewöhnliche Wahrnehmung ist in unserm Brillentest sehr stark psycholabil, wie sie ja äußerlich die Zeichen einer basedoiden Konstitution darbietet. Ein weiterer wichtiger Punkt ist am rechten und linken Ringfinger das Vorhandensein von zahlreichen Archikorrekturformen, auf der einen Seite noch etwas mehr wie auf der andern. Wir neigen daher mehr der Ansicht zu, daß es sich um eine degenerative Störung handelt, da bei Archikapillarträgern, zumal in der ausdifferenzierten Form (Streckformen) von Kahle die Häufigkeit regressiver Veränderungen beschrieben wird. Eine galvanische Überregbarkeit im Sinne der Spasmophilie konnten wir nicht nachweisen. Die von ihr als Muttermal angesehenen rötlichen Flecke an der Haut der Unterarme gleichen am ehesten den sogenannten Neuropathenflecken, wie sie *Otfried Müller* bei seinen Vasoneurotikern beschrieben hat. Als eine solche müssen wir die Pat. ebenfalls ansehen. Im übrigen hat sich bei der klinischen Beobachtung, sowohl bei der vom 18. 9. 34 bis zum 25. 6. 35 als auch bei der vom 16. 12. 35 bis zum 1. 4. 36, keine wesentliche körperliche Abweichung von der Norm gefunden. Menstruiert hat die Pat. vom 20. 11. bis zum 23. 11., vom 12. 12. bis 14. 12. 34, vom 13. 1.—17. 1., vom 3. 3.—5. 3., vom 26. 3.—30. 3., vom 18. 4. bis 20. 4., vom 13. 5.—15. 5. 35 während der ersten Beobachtung und vom 29. 12. 35—2. 1. 36, vom 31. 1.—3. 2., vom 24. 2.—29. 2. und vom 28. 3. bis 31. 3. 36 während der zweiten. Wesentliche Temperaturschwankungen hat die Pat. nicht gehabt. Der Puls zeigte häufiger eine Neigung zur Bradykardie. Der Stuhlgang war regelmäßig, ab und zu, manchmal mit Zwischenräumen von Wochen, erwies sich die Darreichung eines Abführmittels (meist Sennesblätter) als notwendig. Mit der Pat. ist ein Versuch mit Opium gemacht worden, ohne Erfolg indessen; am 30. 11. 34 wurde diese Kur abgebrochen. Gegen Ende wurde der Versuch mit einem Brompräparat, und zwar Brosedan gemacht, welches die Pat. aber nicht nehmen wollte. Sie bekam dann ab 30. 11. 34 Neurosmon, erst schwach und dann stark; am 18. 4. war diese Kur beendet. Bei der zweiten Aufnahme hat die Pat. Hovaletten bekommen und während der letzten $^2/_3$ der Behandlungszeit Fichtennadelbäder mit anschließender Massage. Die Gewichtskurve zeigte bei der ersten Beobachtung Schwankungen von 55 kg bis zu fast 59 kg, um dann mit erheblichen Schwankungen wieder abzusinken bis auf 57 kg; bei der zweiten Aufnahme wog die Pat. am 16. 12. 35: 61 kg, am 23. 12. schon 64 kg, am 13. 1.: $61^1/_2$ kg, am 27. 1.: $62^1/_2$ kg. Es sei noch bemerkt, daß die Pat. jedesmal gegen Ende der Behandlung sich in einer körperlich wesentlich besseren und fast ganz befriedigenden Verfassung befand.

Digitized by Google

Über Angaben und Verhalten der Pat. wurde bei der ersten Aufnahme notiert: (Wie geht es Ihnen?) »Schlecht, körperlich nicht, nicht daß ich das Ziehen im Unterleib habe, das ist vielleicht der Spritze zu verdanken, sie haben mir Blut abgenommen. Wie ist das Blut?« (Haben Sie etwas zu fürchten?) »Wenn ich ohne mein Wissen Geschlechtsverkehr hatte .... Sagen Sie: waren wir nicht schon einmal in diesem Zimmer zusammen? Ich glaube sogar mehrere Male. Kann ich vergleichen, was Sie jetzt schreiben mit dem, was Sie die anderen Male geschrieben haben? Ich lebe entweder in einer Situation, wo ich eingedämmt bin und mein Körper verbraucht ist, oder in einer Situation, wo sich die alten Situationen wiederholen. Daß Eingedämmtsein ist für mich häßlich, aber nicht so unangenehm, weil ich nichts davon weiß. Die Wiederholung ist für mich schrecklich, ich kann nicht vorwärts kommen. Sie wiederholen sich! Wiederholen Sie sich von selbst oder nach Befehl?« (Ist es Ihnen unangenehm?) »Unangenehm ist für mich, wenn ich in die alte Situation komme, wo ich mir eingebildet habe, daß ich mit meinem Mann glücklich war. Es kommt mal vor, daß ich die Braut meines Mannes bin. Angst habe ich vor dem Ausschalten meines Ichs, wo mein Körper für andere Zwecke verbraucht wird. Ich möchte wissen, wer das macht. Ich merke, daß mein Schlaf unnatürlich ist. Erst kann ich nicht schlafen, ich wälze mich im Bett und plötzlich, mit einem Male bin ich weg. Aber schon als Kind hatte ich einen unnatürlichen Schlaf. Ich führe alles auf meine Kindheit zurück. Ich habe meinen Vater im Verdacht: ich denke, daß er mich Männern zeitweise verkauft hat, jedenfalls bilde ich mir das fest ein. Ich möchte nur, daß mir das jemand bestätigen könnte. Die Männer haben nicht so viel Schuld wie mein Vater, und das geht schon seit der Kindheit ... Komisch! .... Die Männer sollten mir das sagen, die würden dann meine Anschauungen kennen: daß ich sowas nicht liebe!« Nun kann man ja auch annehmen, daß sie mir das sagen wollten, aber von anderer Seite unterbunden sind.« (Was für eine Rolle spielte Ihr Mann?) »Die erste Zeit fand ichs nicht unnatürlich, weil ich geistig gedämpft war ... Ich denke, mein Vater war der Zuhälter meiner Mutter. Ich glaube, meine Mutter vielleicht unwissentlich. Als meine Mutter älter wurde, dann ist mein Vater mein Zuhälter geworden, ohne mein Wissen. Erlebnisse habe ich nicht, weil ich nichts direkt erlebt habe. Es kommt mir alles so in den Sinn. Mein Bruder, meine Mutter, mein Vater sind meine Unterbinder. Mein Bruder kam manchmal in der Maske meines Mannes und hatte mit mir Geschlechtsverkehr. Ich glaube, als ich ein kleines Kind war, ist mein Vater zu mir in unsittliche Beziehungen getreten, ich glaube aus Neid, weil andere Männer mit mir kamen, die mich vielleicht gern hatten .., Ich glaube, ein drittes Mal bin ich mit meinem Mann verheiratet gewesen, wir hatten denselben Rechtsanwalt wie damals. 25 Jahre habe ich gelebt, aber inzwischen lagen Jahre, wo ich nicht wissentlich gelebt habe und wo ich für Männer gebraucht war. Deswegen denke ich, ich bin 10 Jahre älter.« (Ist denn das unmoralisch, wenn die Männer zu Ihnen kamen?) »Nein, wenn sie mich nämlich gern hatten. Unerträglich ist nur, daß das ohne mein Wissen geschah. Mein Mann hat den Zuhälter in meinem Leben gespielt. Das hat er mir nicht gesagt. Hätte ich das gewußt, hätte ich ihn nicht geheiratet. Ich würde dann mit den anderen Herren verkehrt haben, die mich gern hatten. Bruder, Vater und Mann stecken unter einer Decke. Sie sind alle Zuhälter und Lügner. Ich denke, daß auch noch andere unter der Maske meines Mannes gekommen sind. Auch viele miese Elemente sind zu mir gekommen. Ich nehme an, daß viele Personen, die ich in meiner Kindheit kennengelernt habe, wieder unter anderem

Digitized by Google

Namen aufgetaucht sind. Sie wollen mich ganz verrückt machen. Sie wollen mich wieder in die alte Situation bringen, in die Situation, wo ich mit meinem Mann zusammen war.« (Wann ist Ihnen das klar geworden?) »Bei dem Aufenthalt in B. (im Sanatorium). Da ist mir aufgefallen, daß ich mißbraucht worden bin, und ich wollte mich befreien. Das haben meine Zuhälter gemerkt, und sie wollten mich wieder in die alte Situation bringen, daß ich nichts merke. Ich will aber nicht wieder zurück, deswegen kämpfe ich.« (Wie war denn das mit dem Geschlechtsverkehr?) »Ich hatte nicht viel gefühlt, ich glaube, meine Energie war verbraucht. Vielleicht ist mein Unterleib kaputt. Einmal in halbwachem Zustande habe ich eine Stimme gehört: Du bist eine Eunuchin ... Ich hatte zwei Fehlgeburten, die hatte mein Mann abgetrieben. Ich bin nicht kühl veranlagt, sondern meine Energie ist verbraucht, oder Sie haben mir etwas gegeben, daß ich nichts fühlen kann«. (Komme ich Ihnen denn bekannt vor?) »Sie kommen mir bekannt vor, wenn Sie sich in derselben Situation befinden. Ich möchte nur wissen, wer sie wiederholt. Es paßt nicht zu Ihrem Stand, daß Sie sich wiederholen. Das ist gräßlich! Die Männer haben Verpflichtungen, wenn sie mich körperlich gebraucht haben, vielleicht auch geldliche Verpflichtungen. Auf der Straße denke ich, daß viele Männer mich kennen.« (Und was hat Ihr Vater davon?) »Vielleicht geldlichen Nutzen. Vielleicht sind viele Krankheiten, die ich durchgemacht habe, auf diesen Mißbrauch zurückzuführen.« (Wie sind Sie darauf gekommen?) »Das ist mir allmählich klar geworden. Ich will Klarheit haben, ich will genau wissen, was mit mir geschehen ist. Ich kann alles hören, und wenn es das Gemeinste ist. Mir genügt, wenn ich Klarheit darüber erhalte.« Hierbei wird die Pat. unruhig, sie nestelt mit den Händen einigermaßen ratlos an sich herum. Dann sagt sie: »Ich werde aggressiv werden. Wenn mir die Sache nicht klar wird, werde ich gegen Sie losgehen. Ist ja unerhört, daß Sie sich wiederholen« Darauf wurde die Exploration abgebrochen. Mittlerweile kam der Ehemann, gab an, daß er seine Frau seit 8 Jahren kenne, das einzige, was bei ihr auffällig gewesen sei, habe darin bestanden, daß sie leicht etwas aufgeregt geworden sei. Sonst sei sie aber lustig gewesen. Frigide sei sie vor der Ehe nicht gewesen. Leicht gekränkt, beleidigt, sehr empfindsam ganz allgemein, so sei ihre Art gewesen. Gleich nach der Eheschließung, am 19. 9. 1933, habe sich eine Veränderung ihm gegenüber bemerkbar gemacht: Sie sei kühler geworden, kürzer, was dann ein ähnliches Verhalten auch auf seiner Seite herbeigeführt habe. Er habe damals gemeint, es liege daran, daß die Ehe nach so langer Zeit gegenseitigen Bekanntseins geschlossen worden sei, also an einem gewissen Überdruß. Jedenfalls sei sie auch in sexueller Hinsicht abweisend geworden, so daß es dann kaum mehr zum Geschlechtsverkehr gekommen sei. Dabei gibt der Ehemann zu, daß er ab und zu beim Geschlechtsverkehr die Pat. gebissen hat, und zwar weil er wegen des so seltenen Verkehrs aufgeregt gewesen sei. Der letzte Verkehr sei Pfingsten 34 gewesen. Seitdem sei Pat. in völliger Ablehnung verharrt. Als die Pat. eines Tages zurück aus einem Heilbad gekommen sei, habe sie über Schmerzen im Unterleib geklagt, dazu gezittert und mit den Zähnen geklappert. Sie habe sich dann ein paar Tage hingelegt, ohne sonst etwas über ihren Zustand zu äußern. Sie sei dann wieder aufgestanden und auch in die Stadt gegangen, aber auf der Straße sei es ihr dann schlecht geworden und deswegen habe sie einen Arzt aufgesucht, der aber keinen Befund habe erheben können. Ende April 1934 sei sie dann auch zum Zahnarzt gegangen und ihm gegenüber sei sie dann auch mit wahnhaften Vorstellungen hervorgetreten. Sie habe ihm das ins Ohr flüstern wollen oder, lieber,

Digitized by Google

aufschreiben, weil die Wände auch Ohren haben sollten. Was sie ihm gesagt habe, sei nicht bekannt geworden. Der Zahnarzt habe sie dann zu einem Internisten geschickt. Alles das habe er, der Ehemann, erst später erfahren. Am Tage darauf habe sie ihn aufgefordert, er solle bei dem besagten Internisten anrufen. Im übrigen habe sie ihm gegenüber gemeint: »Die Medizin sei so weit, ob es nicht auch Köpfe am laufenden Band gäbe. Ihre Beine gefielen ihr jetzt besser, ob man nicht auch Beine überpflanzen könnte. Ihr Gedächtnis sei auch viel besser geworden. Sie könne Erlebnisse besser reproduzieren, es sei ihr alles viel klarer im Kopf. Sie habe dann noch eigens gefragt, ob sie denn wirklich nicht einen andern Kopf gekriegt hätte. Schon damals habe sie gegen den Vater einen unbegründeten Haß gezeigt. Sie habe gemeint, er gucke sie so an, als ob er etwas von ihr wolle. Sie habe auch behauptet, er hätte mit ihr sexuellen Verkehr gehabt, er wäre auch Nachts bei ihr gewesen. Dabei fand der Ehemann, daß sie zu der Zeit einen guten Schlaf gehabt habe. Es sei nun mit dem Internisten Rücksprache genommen worden, und weil dieser eine beginnende Schizophrenie vermutet habe, habe er sich an einen Nervenarzt gewendet. Dieser habe die Aufnahme im Sanatorium X veranlaßt. Da sei die Pat. nun den ganzen Mai 34 verblieben. Bei der Rückkunft habe sie keine Wahnideen mehr geäußert, es habe ihr aber viel daran gelegen, daß man nicht mehr davon rede: »Ich will an das Häßliche nicht mehr denken«. Im Juni 34 sei er dann mit seiner Frau in den Harz gefahren. Die Pat. habe erst sich immer kühl und abweisend benommen. Als er sie darum befragt habe, habe er als Antwort bekommen, etwas anderes sei auch nicht angebracht, nach dem, was vorgefallen sei. Darauf habe man sich entschlossen, 4 Wochen getrennt zu leben. Nach Ablauf dieser Zeit habe die Pat. sich dahin geäußert, daß sie sich endgültig scheiden lassen wolle. Über die weitere Entwicklung wisse er nichts.

Es mag vermerkt werden, daß der Ehemann einen etwas asthenischen Eindruck macht. Seine Augen sind blaßblau. Die Gesichtszüge sind etwas schlaff. Die Haare, weißlich blond, werden ziemlich lang getragen. Das Verhalten ist unsicher tastend; es handelt sich offenbar um einen labilen Psychopathen, nicht ohne Bereitschaft zu gelegentlicher Aggressivität.

Am 21. 9. 34 wird eingetragen: »Jetzt wiederhole ich mich wie damals.« (Sind die Wiederholungen wie ein Zwang?) »Ein bißchen unnatürlich ... Beinahe entsprechen sie nicht meinem Wesen ... Ich sehe ein bißchen infantil aus. Ob das von der Betäubung kommt? ... Man hat mich kosmetisch aufgearbeitet. Ich hatte keinen richtigen Geschlechtsverkehr, deshalb bin ich so infantil. Ich bin zur Schule mit verkleideten Jungens gegangen. Ich bin kein Mann, aber es kommt mir manchmal in den Sinn, als ob ich doch einer wäre.« Bei alledem ist die Pat. kokett, manchmal auch spielerisch in der Art sich zu geben. Am 22. 9. 34 heißt es: »Heute sagt die Pat. sie möchte lieber nicht essen, nicht weil sie keinen Appetit habe, sondern weil ihr ekelhaft im Munde sei. Sie würde es lieber haben, wenn man sie durch die Sonde fütterte. Ein Mann sei in der Nacht im Schlaf zu ihr gekommen und habe ihr seinen Geschlechtsteil in den Mund gesteckt, daraufhin sei sie wach geworden. Es sei ein ekelhafter Zustand gewesen. Zuerst habe sie gedacht, es sei ein Traum gewesen, aber es sei wohl tatsächlich so gewesen: »Ein älterer Mann sei es gewesen mit Glatze und in schlechter Kleidung, was ihr ganz besonders ekelhaft sei. Daß der Mann schmutzig gewesen sei, sei noch schlimmer gewesen als die Sache an sich.« (Haben Sie sowas früher erlebt?) »Ja.« Darauf nachdenklich: »Es wiederholt sich alles wieder!« Sie bittet zum Schluß halb im Scherz, man solle ihr die

Digitized by Google

Haut im Munde abkratzen und eine neue Haut drauflegen. Am 18. 10. 34: Die Pat. liegt fast dauernd im Bett, meistens auf der Seite, abgewendet, meidet den Kontakt mit andern Patientinnen, nimmt ihn höchstens auf, um sie zu beschimpfen, weil sie sich wiederholen. Bei der Visite aber ist sie sehr zugänglich und gut ansprechbar. Immer wieder spricht sie von den »Wiederholern« und »Unterbindern«; darum dreht sich alles bei ihr. Dabei schaut die Pat. forschend den einen um den andern von den Ärzten an. Einige davon duzt sie, im ganzen unterhält sie sich mit den Ärzten wie mit alten Bekannten, die über ihr Leben Bescheid wissen, über manches vielleicht noch besser als sie selbst, wie sie gelegentlich vorwurfsvoll äußert. Von dem Ehemann redet sie als von einem »gewissen Herrn O«. Oder sie sagt auch einfach: »der kriminelle O.«. Gelegentlich fallen Andeutungen, in denen eine Verdächtigung der Ärzte und zwar in der Richtung nächtlicher Besuche bei ihr ausgesprochen werden. Sie bringt das aber mit einem Lächeln vor. Die Wiederholung geht jetzt wie immer vor sich. Es ist zunächst die Situation, welche wiederkehrt, und aus der Situation heraus erkennt sie dann auch die darin vorkommenden Personen und sieht, daß es dieselben wie ehedem sind. Sie meint, daß in einer anderen Situation es ihr vielleicht gar nicht auffallen würde, daß auch die gleichen Personen immer wieder auftreten. Dabei erkenne sie die Situation nicht sogleich wieder. Einige Male habe sich diese wiederholt, ohne sich ihr gleich als dieselbe darzustellen, erst nach einer Weile habe sie dann doch die Sache durchschaut.

Am 12. 11. 34 wird die Pat. in der Berliner Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie vom Verfasser vorgestellt. Dabei wird zunächst auf das Protokoll der ausführlichen Exploration von den Wochen zuvor Bezug genommen. Dieses sei hier wiedergegeben: Am 5. 11. 34, auf dem Wege zur Exploration, an einem Sonntagnachmittag, fängt Pat. plötzlich an, von den Eindrücken der Besuchsstunde zu berichten, sie meint: »Wie kann man mir nur immer denselben Kuchen wieder mitbringen.« Auf die Frage des Ref., ob es denn wirklich derselbe Kuchen gewesen sei, meint sie: »Die Worte waren die gleichen«. Darauf der Ref.: »Also die Dinge verändern sich doch, nur die Äußerungen der Menschen wiederholen sich ständig, nicht wahr?« Die Pat.: »Wenn ich es nicht schon einmal gesagt hätte vor Jahren, dann möchte ich ‚ja' sagen. Wenn ich nichts Neues sagen kann, dann nützt mir das nichts.« Die Pat. wird nun in Begleitung einer Schwester in ein Zimmer geführt, wo der Ref. einer Dame in die Maschine diktiert. Das Milieu ist ihr neu, und zunächst macht sie auch entsprechende Bemerkungen, indem sie beinahe ratlos, jedenfalls mit einer betroffenen Miene Umschau hält. Vor allem bleibt ihr Blick an den Drähten einer elektrischen Leitung haften: »Ach, bitte, wollen Sie mir mal sagen, was das bedeutet?« Näheres Befragen ergibt, daß sie glaubt, daß es sich um eine Vorrichtung zum Abhören ihrer Gespräche handele. Als das zu Protokoll gegeben wird, meint sie: »Ach ‚nein, bitte, wenn man das so aufschreibt, dann meine ich es nicht: das habe ich damals schon geglaubt«. Nach einer Weile sagt Pat. halb vor sich hingewendet: »Zum dritten oder viertenmal bin ich hier ... gebt Euch nur schon gefangen! Ganz Berlin kohlt mir was vor, daß man schon 1934 schreibt. Hindenburg hat man zum soundsovielten Male sterben lassen; sterben ist zuviel gesagt: Man hat jedenfalls mehrere Male seinen Tod bekanntgegeben.« (Frau O., es ist wieder dieselbe Geschichte, die Leute reden anders, als es den Verhältnissen entspricht, nicht wahr?) Die Pat. stimmt mit bedeutungsvollen Blicken zu. (Frau O., Sie meinen ja auch immer, daß alles Lüge und Theater sei?) »Hier ja! Alles nicht! Man läßt sich dies alles

Digitized by Google

zum soundsovielten Male erzählen und gibt manches zu, daß es sein könnte«. (Sie meinen, ich stellte mich auch Ihnen gegenüber immer dumm?) »Teils, teils ... Ich halte das nicht mehr länger aus, weil man mich in Unwissenheit läßt«. (Frau O., welchen Grund können wir wohl haben, Ihnen die Vorgänge zu verschleiern und was geht hier wohl vor?) »Das kann ich Ihnen nicht sagen, das müssen Sie mir doch sagen«. (Nun, Frau O., Sie vermuten doch etwas hinsichtlich unserer Motive und dessen, was an Ihnen selbst passiert, nicht wahr?) Die Pat. sagt resigniert und gedehnt: »Ja«. (Also besteht zwischen uns und Ihrem Körper eine geheimnisvolle Verbindung, nicht wahr?) ... Mit einer Handbewegung des Gedankenvollen: »Anscheinend ja«. (Ihr Wissen und unser Vorgehen, das beides ist demgegenüber Irrtum und Lüge.) Die Pat. stutzt darauf eine Weile und meint dann: »Also soll alles das, was ich denke, auf Irrtum beruhen ... nein, es ist kein Irrtum, vieles ist wahr ... Aber einiges, das wird mir so eingegeben«. (Nun ja, das meine ich gerade, Ihr Verdacht natürlich scheint eben auf das Wesentliche zu gehen, aber Ihre gewöhnlichen Gedanken und ebenso das landläufige Gerede der Leute, das halten sie eben für irreführend.) »Irreführend, ja, nein, es ist eine Wiederholung, doch, es ist eine Irreführung«. (Also ist es so, daß Sie eben anfangen, hinter die Kulissen zu sehen und diese Kulissen werden Ihnen vorgemacht durch Ihre eigene Jugendzeit — denn Sie glauben ja schon viel älter zu sein — und außerdem durch die Art, wie Erwachsene mit Kindern reden.) »Mit Kindern, dann müssen Sie schon sagen, mit einem Kinde reden«. (Nun ja, und das Kind sind Sie.) »Das Kind bin ich, da hat man mich zu gemacht, weil ich immer noch unwissend bin und man mir nichts hundertprozentig sagt. Und das macht mich unglücklich schreiben Sie! ... Mein Bruder kohlte mir heute auch vor, 25 zu sein«. (Na, und Frau O., wie alt sind Sie?) Der Ref. wendet sich dabei mit einem Lächeln an die Pat., worauf diese zu der neben ihr sitzenden Schwester sagt: »Furchtbar, mir ist es gar nicht zum Lachen«. (Allen Ernstes, Frau O., wie alt sind Sie?) »Ja, das muß man mir sagen«. (Was will man Sie denn glauben machen?) »Daß ich 26 bin!« (Und was haben Sie für Anhaltspunkte, daß das nicht stimmt?) »Weil ich jedesmal, wenn ich hierher kam, 26 war ... d. h. man sagte es mir, ich ahnte aber schon vorher, daß ich nicht mehr 26 bin«. (Bleiben wir bei dieser Ahnung, was für Anzeichen schloß die in sich? Sahen Sie sich alt und welk?) »Ganz im Gegenteil«. (Also fühlen Sie sich jünger als 26, Sie haben ja manchmal auch zu uns »Du« gesagt, auch zum Herrn Geheimrat, wie es vielleicht kleine Kinder den Onkels gegenüber sich erlauben!) »‚Ihr' hatte ich gesagt, Ihr alle, Ihr Wiederholer nämlich.« (Sie glauben also, daß wir alle unter einer Decke stecken?) »Das können Sie schreiben, allerdings!« (Wir kommen den Motiven immer näher: Sie meinen doch, daß wir irgendwie ein gemeinsames Interesse Ihnen gegenüber verfolgen?) »Ja.« (Und das wäre?) »Ich weiß auch nicht, weshalb man mich von Zeit zu Zeit darauf kommen läßt ... ich weiß auch nicht, wie das mit meinen Nerven ist ... es ist doch komisch!« (Sie sprechen in einem Atem von persönlichen Einwirkungen und von Gesundheitsstörungen!) »Es sind eben teilweise Untertanen von mir, heimliche, das habe ich ja schon durchblicken lassen.« (Das ist mir ja ganz neu, daß wir Ihre Untertanen sind!) »Manch einer, dem Reden nach mir gegenüber.« (Nun, das denke ich mir so: das, was diese Wiederholer Ihnen gegenüber vorbringen, das sind ja — meines Erachtens — Ihre eigenen Erinnerungen, und denen gegenüber fühlt man sich als Besitzer.) »Sie lassen sich das von mir erzählen, die Wiederholer hier, und halten dies und jenes für möglich ...« Die Pat. verliert sich

Digitized by Google

etwas ins Sinnen. (Ich habe den Eindruck, daß sich hier die Umwelt und insbesondere natürlich die Personen darin ganz in den Dienst Ihres Gedächtnisses stellen: sie informieren sich über Ihre Lebensgeschichte und nun ergeht man sich in Andeutungen.) »Und heute abend wird alles verglichen ... ja, da kann ich ja das heute abend mitvergleichen; das interessiert mich brennend.« (Also Ihre eigentliche Person, die steht immer etwas außerhalb?) Das greift die Pat. gleich auf und sagt, tiefsinnig und gedehnt: »Leider ...!« sodann mit einem Seufzer »Wozu das Theater!«. (Frau O., wo finden Sie denn nun Ihre wahre und lebendige Existenz?) Die Pat. macht eine kurze schmerzliche Handbewegung, schließlich, nach einer Pause: »Da soll man mir doch sagen, was eigentlich in der Nacht mit mir geschieht!« (Aha, wir scheinen der Sache näher zu kommen!) Nach einigem Überlegen und in nachdenklichem Tone: »Mein Mann hat einmal gesagt, daß ich massiere ...« (Was kann er damit gemeint haben?) Die Pat. mag erst nicht antworten. Dann auf einmal: »Ja, aber doch, wenn man es mir nicht sagt, dann muß ich es eben sagen!« (Na, nun rücken Sie einmal mit der Sprache heraus!) Die Pat. zeigt auf den Ref.: »Sie sollten mit der Sprache herausrücken.« (Frau O., ich schwöre Ihnen zu: ich weiß von nichts!) »So, dann möchte ich mal wissen, warum Sie sich wiederholen vor mir, und warum sich die Patienten vor mir wiederholen.« (Gut, gut, ich verstehe schon: Sie meinen, daß wir Ihre Aufmerksamkeit von der Wirklichkeit ablenken wollen! Und nun diese Wirklichkeit?!) Mit einer sehr suffisanten Miene: »So, zuvor wollen wir einmal fragen, was meinten Sie damals mit Kirchberger? Sie meinten, ob Sie nicht selber Kirchberger sein könnten ...« Der Ref. auf ihren Ton eingehend (Das läßt wohl tief blicken?). »Allerdings ... Das geben Sie selber zu, wenn man sowas sagt ... Na, und die Sache mit den Kindern?« (Bleiben wir zunächst mal bei Kirchberger selbst. Wer war eigentlich Kirchberger?) Die Pat. räuspert sich und meint dann: »Wer das war?« schaut sich nach allen Seiten um, als ob sie perplex wäre ob einer solchen Dreistigkeit des Ableugnens. Schließlich: »Das wissen Sie doch ganz genau.« (Frau O., jetzt fürchte ich beinahe, Sie haben mich im Verdacht, daß ich es selber bin) »Nein«. Der Ref. zweifelnd: (na?) »Sie haben sich doch so etwas verdächtig gemacht nach den Bezichtigungen, die ich gegen Kirchberger habe, vielleicht sind unsere damaligen Gespräche abgelauscht worden .... jedenfalls sind Sie nach der Richtung auch ein Wiederholer.« (Ich habe wohl viel Kirchbergerisches an mir?) »Sie sagen es ja selber.« (Eigentlich wäre es aber unklug von mir, seine Rolle spielen zu wollen, denn Sie scheinen ja auf K. nicht gut zu sprechen sein. Gibt es keine vertrauenswürdigeren Masken, sagen wir einmal, die Maske Ihres Vaters?) »Meines eignen Vaters, mit Glatze?« (Der Vater ist doch seinem eignen Fleisch und Blut gegenüber eine vertrauenswürdige Persönlichkeit?!) »Meiner aber nicht.« (Frau O., wir kennen jetzt drei männliche Personen aus Ihrem Leben, Ihren Vater, den Kirchberger und Ihren Mann, von dem wir allerdings noch nicht viel gesprochen haben. Haben Sie zu jemandem ein wirkliches Vertrauen?) »Zu denen, die täglich um mich herum waren, habe ich am allerwenigsten Vertrauen.« (Ich glaube, das hängt damit zusammen, daß Sie jetzt mit ihren nächtlichen Wahrnehmungen hinter das Rätsel Ihres Lebens kommen!) »Ja.« (Also gehen wir diesem Rätsel mal zu Leibe! Sie sprachen auch von kleinen Kirchbergern. Ich wußte gar nicht, daß irgendwelche Kinder in Ihrem Leben eine Rolle spielen. Ihre Ehe ist doch kinderlos und vor der Ehe hatten Sie doch auch keine Kinder?) Die Pat. sehr vorsichtig: »Nein, Kinder nicht.« (Aber?) Die Pat. kichert in sich hinein, hält sich die Hand vors Gesicht,

Digitized by Google

sieht dann im geheimen Einverständnis den Ref. an, flüstert ihm dann zu: »Embryone . . . es sind zwei, der eine soll gar nicht von meinem Mann stammen, aber das geht eigentlich zu weit, das möchte ich gar nicht sagen. Der erste war von Fritz Kampers, nach Ansicht meines Mannes . . . wohl gemerkt: nach Ansicht meines Mannes!« (Ach, von dem Filmschauspieler, kennen Sie den?) Die Pat. kämpft zwischen schamhafter Zurückhaltung und Mitteilungsbedürfnis, worauf der Ref.: (Nun, nun! Sie haben mir doch mal gesagt, Sie wollten jetzt eine reife Frau sein und mitreden können über die Dinge!) »Allerdings.« (Also, wie ist es mit Fritz Kampers?) Darauf zuckt die Pat. wieder zurück, aber als der Ref. dann sagt, hier müsse nun endlich reiner Tisch gemacht werden, gibt sie sich einen Ruck, stößt mit einer Geste von Entschiedenheit die Faust ins Kissen und meint dann: »Ja, natürlich . . . Er wollte ja das Kind haben.« (Na, und wodurch ist es nun beim bloßen Embryo geblieben?) Mein Mann, E. O. hat mich nicht wissen lassen, daß das Kind nicht von ihm stammt. Er hat es mich wissen lassen, aber nicht gleich, erst als wir es wegbringen wollten . . . .« (Frau O., wollten Sie noch keine Kinder haben?) »Es ging damals noch nicht . . . E. O. wollte keine . . . Das wißt Ihr ja alle ganz genau, was soll ich denn da noch reden.« Die Pat. erzählt nun von gewissen Erlebnissen, die offenbar nicht ohne realen Hintergrund sind, woraus sich ergibt, daß sie Fritz Kampers als kleines Mädchen dadurch kennengelernt hat, daß er s. Zt. in der Kneipe ihres Onkels verkehrte, ohne ihm indessen persönlich näher zu treten, ferner daß der Mann gerade in dem Moment, als er mit ihr zum Frauenarzt für die curettage hinaufgehen wollte, in einem Passanten erst den Vater der Pat., sodann Fritz Kampers zu erkennen meinte. (Hat Ihnen Fritz Kampers irgendwie Eindruck gemacht, später, als sie ihn auf der Leinwand sahen?) Etwas zögernd, aber sichtlich bewegt: »Ja, er hat mir ganz gut gefallen.« (Besser als Ihr Mann allemal?) »Ja, allerdings!« (Was haben Sie eigentlich gegen Ihren Mann?) »Gegen welchen Mann?« (Gegen E. O.) Nach einigem Hin- und Herfragen kommt heraus, zunächst, daß im allgemeinen nicht viel mit ihm los sei, daß das Schlimmste aber sei, daß er beim Verkehr beiße und keine Kinder haben wolle. Nach einer Pause bemerkt Pat., offenbar ganz versunken in den Gegenstand: »Das Schlimmste ja nicht«, sodann den Ref. anschauend und ihm ernsthaft zunickend: »Was das Schlimmste ist, soll ich sagen?« (Jawohl, Frau O.) Pat. läuft zum Ref., sagt ihm ins Ohr: »Soll ich es Ihnen sagen, was das Schlimmste ist . . . . Daß er sich eines Morgens mit seinen Eltern vor mein Bett gestellt hat, als ich noch schlief, ein Beil in der Hand . . . . er wollte mich erschlagen, es sah jedenfalls so aus. Einen Moment war ich wach, dann kniff ich vor Schreck die Augen zu . . . ich muß dann wohl weiter geschlafen haben, ob was passiert ist, weiß ich nicht. Mit solch einem Mann kann ich doch keine Ehe weiterführen!« (Also mit solch einer Beängstigung fing es an?) »Fing es an, was? . . . Es war noch während meiner Verlobungszeit, genau weiß ich es nicht.« (Ja, Frau O., was fing an! Ich meine diese Reihe von neuartigen Erlebnissen, die Sie jetzt haben, von denen wir nicht wissen, ob das eine Nervenkrankheit ist oder ein Pubertätsvorgang.) »Schweigen ist Gold . . . Mein Mann sagte einmal: Dir haben sie wohl den Verstand geklaut! na, ja, und von Zeit zu Zeit weiß ich gar nicht, was war!« (Ja, und andererseits wissen Sie wieder zu viel, im Sinne der Wiederholung!) »Da kann ich gar nicht genug wissen, wenn man mir nichts sagt!« (Na ja, das eine möchten Sie wissen und das andere können Sie nicht mehr hören.) »Was kann ich nicht mehr hören? . . . na ja, was die Widerholer sagen.« (Nun wollen wir nochmal zurückkommen auf das, was nachts passiert!

Digitized by Google

Was wissen Sie denn eigentlich darüber beim Erwachen?) »Nichts, aber ich nehme Veränderungen an mir wahr.« (Ja, und die sind?) »Ab und zu leichte Schmerzen im Unterleib.« (Und was haben Sie sonst noch gemerkt?) »Daß es manchmal ein bißchen naß war.« (Und Sie glauben nicht, daß das eine natürliche Erregung gewesen ist?) Dazu schüttelt Pat. entschieden den Kopf. (Wie ist es denn zustande gekommen?) »Durch nächtliches Massieren.« (Na, und wer massiert, Sie selbst?) »Sie meinen: ich mit meiner Hand? Nein, ich schlafe, ganz traumlos, schon viele Jahre lang.« (Wessen Hand ist es also?) »Wessen Hand ist gut! Wer ist es!« (Sie meinen also, es habe ein regelrechter Verkehr stattgefunden?) »Ob das regelrecht ist, das weiß ich nicht.« Pat. sagt das einigermaßen spöttisch. (Frau O., wer war es?) »Früher waren es die alten E.s ...« An diesem Punkte wird Patientin sehr unwirsch, kommt auch sogar mit ihrem Erinnern und Denken nicht von der Stelle, macht eine Reihe brüsker Bewegungen: »Diese alten E.s, ich weiß überhaupt nicht, ob die noch leben, man sollte mir das endlich einmal sagen.« (Das scheinen Sachen aus Ihrer Mädchenzeit zu sein?) »Aus meiner Kinderzeit.« (Woher kommt der Buchstabe E. eigentlich?) »Von Erna ... Ich glaube es wenigstens ... Es war auch ein Kreuzer, da war ich für einen Augenblick wach ... da standen mehrere Männer in Sträflingskleidung und sagten, sie wären E.s ... da sagte das eine E, es ginge jetzt sich umzuziehen ...« Nach einer Weile sagt die Pat. ganz energisch: »Das kann den alten E.s gar nichts schaden, wenn das jetzt herauskommt!« (Wie alt waren Sie damals?) »Das kann ich nicht angeben, weil ich es nicht weiß, es wird mir soviel vorgekohlt ... Kinderklosett der Marineoffiziere! um deutlich zu werden!« (Wie alt waren Sie damals?) ... (Wie alt waren Sie damals?) »Na, vielleicht 10 Jahre.« (Haben Sie in der Zwischenzeit wieder einmal daran gedacht?) »Nein.« (Und das tritt jetzt alles ans Tageslicht?) »... Kasteit haben sie sich auch schon.« Hierzu macht Pat. eine Bewegung der demütig über der Brust verschränkten Arme, sodann fortfahrend: »Grund genug hatten sie ja auch dazu.« (Na, aber Sie sind sonst sehr für die Marine?) »Ich — gar nicht!« (Aber Sie haben schon immer vom Museum für Meereskunde gesprochen, daß Sie da so gerne hingehen?) »Ach, nein! Gerne hingehen!! Jetzt, wo ich das weiß, schon gar nicht .... Man hatte mir doch die Einkünfte versprochen.« (Nun sagen Sie mir doch mal, Frau O., was haben Sie denn mit dem Museum für Meereskunde zu tun?) »Na ja, zu der Zeit als ich noch hinging, wußte ich das noch nicht. Damals verstand ich auch gar nicht, was der Anwalt meinte, als er sagte, ich sollte mich nicht um die Einkünfte des Museums bringen lassen ...« (Sie haben ja auch mal gelegentlich auf der Abteilung, als ich allerdings nicht Zeit hatte, der Sache nachzugehen, und zwar im Tone einer gewissen Genugtuung die Bemerkung fallen lassen, das Museum für Meereskunde säße jetzt auf dem Trocknen?) Die Pat. erinnert sich offenbar nicht mehr ganz genau ihrer damals gebrauchten Wendung, antwortet aber durchaus im Sinne dieser Äußerung: »Na ja, es war schäbig von dem Museum .... man hätte mir das Geld unter irgendeinem Deckmantel geben können und mich nicht immer daran denken lassen sollen.« (Sagen Sie, Frau O., ich muß jetzt überhaupt mal auf mancherlei Sachen zurückkommen, die Sie da so im Laufe der Zeit auf der Abteilung vorgebracht haben, u. a. daß Sie von einem Schadenersatz sprachen, den Sie für einen sexuellen Mißbrauch ihres Körpers beanspruchen.) Hier ist Pat. ganz unmittelbar im Bilde und nickt nur einfach bedeutungsvoll. (Zunächst, was sind das für Dinge, die man mit Ihnen vornimmt; mit dem Mund war doch auch was?) »Ja.« (Ja, ja, Sie wollten sich doch damals

Digitized by Google

die ganze Schleimhaut herausoperieren lassen?) »Das wollte ich vor Jahren auch schon mal, die Sache ist veraltet ... Ja, ob sich der Zeppelin auch noch mal wiederholt hat in der Zwischenzeit? ... man wird ihn doch wohl dingfest gemacht haben oder sonst irgendwie ....« (Nanu, was hat es denn für eine Bewandtnis mit dem alten Zeppelin?) »Ja, das hat mir jemand gesagt. Warum sagt man mir es nicht laut ....« Angelegentlich zum Ref. gewendet: »Ich höre nämlich immer so Stimmen und danach fragten Sie mich ja auch neulich. Das habe ich aber hier nicht nur, sondern das habe ich auch schon in der Bergstraße gehabt.« (Wann zum ersten Male?) »Vor B.« Hiermit meint Patientin ihren Sanatoriumsaufenthalt in B. vom 29. 4. bis 31. 5. 34. Nach einer Pause sagt die Pat. auf einmal, den Ref. fest ins Auge fassend: »Wann geht mein Zug?!« (Wollen Sie fort und wohin?) »Weit fort, das kann ich Ihnen nur sagen!« (Ohne Ihren Mann?) Die Pat. reißt zornerfüllt die Augen auf: »Das ist doch klar, daß ich nicht mit meinem Mann O. ... fort will. Damals habe ich ja das nicht verstanden, was meine Schwiegermutter damit meinte: »mit einer anderen«. Hierzu sei bemerkt, daß in der Vorgeschichte tatsächlich gewisse Differenzen von seiten der Schwiegereltern eine Rolle spielten, welche offenbar hinsichtlich der Heirat ihres Sohnes größere Prätentionen hatten. Dies Motiv tritt immer wieder zutage. Fortfahrend dann sagt Pat.: »Ich bin immer auf der Flucht vor den Wiederholern.« (Und weshalb?) »Weil ich das nicht schätze, daß man mir die Wahrheit nicht sagt.« (Und daran trägt wohl der Herr O ... ein gut Teil Schuld?) »Ja, er genau so wie die andern alle und meine Eltern auch.« (Sie haben Ihren Mann auch mal einen Zuhälter genannt?) Die Pat. zuckt zunächst unangenehm berührt zusammen, meint dann: »Er muß das alles so arrangiert haben.« (An wen haben Sie denn mehr geldliche Forderungen, an die E.s oder an ihren Mann?) »An die E.s in erster Linie, weil das vorher war.« (Um was für Summen handelt es sich dabei?) »Ganz schöne Summen, wenn ich das so zusammenrechne ..., na, 'n Milliönchen wär's ja, allerdings.« .. (Das geht auf Rechnung der E.s. Na, und Ihr Mann?) »Der kann nicht zahlen, der ist zu kriminell, der dürfte gar nicht eine solche Stelle bekleiden.« (Was ist er denn?) »Assistenzarzt in einem diagnostischen Institut.« (Nun müssen Sie mir noch etwas von dem Kirchberger erzählen, zunächst, was der von Beruf ist.) Hier wendet sich Pat. zur neben ihr sitzenden Schwester und meint: »Nicht wahr, Kapitän Kirchberger, so sagten Sie doch damals« ... (Ach, das ist auch ein Seemann, hat denn der was mit den E.s zu tun? War der der Kommandant des Kreuzers oder der Direktor des Museums für Meereskunde?) »Ach Quatsch, das war später, als ich wieder einmal einen wachen Moment hatte.« (Wo haben Sie ihn denn gesehen?) »Ja, ich kann gar nicht einmal genau sagen, ob er es gewesen ist. Da hatte ich wieder mal einen wachen Moment auf einem Kreuzer und stand in Umarmung, ich glaube, mit Kirchberger ....« Auf einmal steht Pat. auf, tritt mit einer Geste der Vertraulichkeit zum Ref. hin, sagt mit verhaltener Stimme: »Wir haben dann verkehrt. ... Na ja, das sage ich zum Nervenarzt. Wenn Sie es sind! Das weiß ich ja gar nicht. Es hat ja jeder hier einen anderen Namen.« (Ach so, Sie meinen, Sie kennen uns alle von früher her?) »Ja.« (Und wer bin ich?) »Sie haben sich damals auch als Betzendahl vorgestellt.« Am 11. 11. 1934 wird Pat. wieder zur Exploration in ein Einzelzimmer geführt, voraufgegangen war die Verlegung in die unruhige Abteilung, nachdem sie an ihrem vorigen Unterbringungsorte Vasen und Geschirr zerschlagen hatte und überhaupt in einen Zustand großer Gespanntheit geraten war. Den Ref., der sie deswegen zur Rede stellte schlug sie zunächst mal mit dem Handtuch

Digitized by Google

um die Ohren, erklärte im übrigen, die Wiederholungen seien ihr in letzter Zeit so über den Kopf gewachsen, daß sie ihre Wut darüber an irgendetwas habe auslassen müssen. Mehr war im Augenblick an ihr nicht zutage zu fördern. In der unruhigen Abteilung fühlte sie sich zunächst ganz wohl, und zwar gerade im Zusammenhang mit einer gewissen Ratlosigkeit, in der ihr alles nicht nur neu war, sondern auch befremdend erschien, zugleich aber ein Gefühl der Erleichterung in ihr auslöste, eben weil man dabei ihre Vergangenheit ruhen ließ. Auch das geringe Maß von zu verarbeitenden Eindrücken, welches mit der Kahlheit ihres neuen Milieus gegeben war, wirkte wohltuend auf ihren Zustand. Das bestätigte sie in einer durchaus bewußten Weise, als später die Rede darauf gebracht wurde. (Sie können nicht so viel um sich herum haben?) »Ja, bis jetzt habe ich das nicht gern gehabt, wenn man sich immer wiederholt vor mir.« Im einzelnen ergibt sich dann noch, daß die Pat. jeden Gegenstand nur im ersten Augenblick nach Maßgabe seiner Eigentümlichkeit auffaßt, dann aber sehr bald zu irgendeiner fälschlichen Identifikation entsprechend ihren persönlichen Erfahrungen gelangt, ihn dann als solchen ganz aus den Augen verliert, um dafür in der Reflexion auf die eigne, dadurch erregte Zuständlichkeit aufzugehen. Dementsprechend kommt es höchstens zu Beginn vor, daß sie sagt, dies oder jenes sei der alte Gegenstand: bald danach fallen dann Äußerungen wie: »Warum wollt Ihr mich immer festhalten in Situationen, die früher einmal gewesen sind, warum macht Ihr mir das zum soundsovielten Male wieder vor, Ihr Wiederholer!« Die Pat. präzisiert ihr Erleben geradezu dahin, daß sie meint, man halte bei diesen Wiederholungen sich nicht nur an Zahlen, welche die Häufigkeit ausdrücken, sondern an einen, sogar unmittelbar zu empfindenden Rhythmus. Die großen Erlebnisse kehren nicht so häufig wieder, die kleinen aber ständig. Für die großen Erlebnisse werden mehr die beteiligten Personen verantwortlich gemacht, bezüglich der kleinen müssen die im Umkreis befindlichen Gegenstände herhalten. Aggressivität findet sich daher weniger, als eine Neigung zur Destruktion. Abgesehen von dieser Verteilung auf die Polarität von Personen und Sachen, wobei die Dinge zu Gedenkzeichen werden und die Menschen maskiert eine Rolle aus ihrer Lebensgeschichte spielen, gibt es noch ein anderes Spannungsmoment: den Gegensatz zwischen der Folge ihrer sogenannten wachen Momente und den Wiederholungen. Hier liegt für sie die Grundsituation, welches ihr ganzes noch verbliebenes Willensleben in Anspruch nimmt. Die Pat. glaubt mehr und mehr dahintergekommen zu sein, daß alles Aktuelle und Objektive Theater und Maske sei, arrangiert von ihrem Mann, der seinerseits wieder von den erwähnten E.s angestiftet sei. Die ausführliche Besprechung gestern Abend auf der unruhigen Abteilung, nachdem sie durch 0,5 Adalin einigermaßen aufgeschlossen gemacht worden war, ergab, daß die E.s schon in ihrem 4. Lebensjahre, und zwar damals in der Einzahl, in die Erscheinung getreten sein sollen. Damals soll das betreffende E. sie auf den Arm genommen haben und dabei den Finger in das Genitale gesteckt haben. Dieses E. heißt bei ihr danach einfach: »Finger«. Über die spätere Situation, auf dem Kreuzer nämlich, gibt sie nun noch an, daß sie sich dabei doch nicht nur komtemplativ verhalten habe, sondern mit ihrem »Finger die Front abgetippt habe«. Die Pat. meint, daß sie Mann für Mann am Geschlechtsteil berührt habe. Chronologie und Milieu sind ihr bei ihren Erlebnissen nach ihren Versicherungen völlig unklar, weil eben alles immer nur für einen Moment dagewesen sein soll. Es kommt noch hinzu, daß bei der Reproduktion dieser Begebenheiten die Stellungnahme sehr wechselvoll ist. Als der Ref. sich gestern

Digitized by Google

Abend an ihr Bett setzte, fand sich eine große Bereitschaft, nicht nur auf die Sache mit den E.s einzugehen, sondern auch dazu, daß bei ihr ein bißchen der Liebhaber gespielt werde. In diesem Sinne erzählt die Pat., ganz von ihrer Erlebnisschilderung abschweifend, nicht nur, daß sie überhaupt etwas mannstoll sei, sondern auch, welche Erfahrungen sie nunmehr bezüglich bei ihr bestehender erogener Zonen gemacht habe. Sie sprach mit bedeutsamer Miene, zunächst von einem ziehenden Gefühl vorn am Unterleib und suchte die Hand des Ref. dorthin zu führen, weiterhin bemerkte sie, daß seit einiger Zeit sich solch eine eigentümliche Empfindlichkeit des Afters eingestellt habe, wo sie sich auch selbst mit dem Finger zum Abreagieren bringen könne. Auch der Mund sei neuerdings zum Schauplatz sexueller Geschehnisse geworden, mit denen sie indessen nichts zu tun habe, indem man ihr da einfach in einem Betäubungszustande etwas einführen wolle, was beim Erwachen die Empfindung des heftigsten Ekels hinterlasse. In der Scheide nehme sie nur Sekretbildung wahr, außer den Unterleibsschmerzen, ohne daß sie sonst irgendwelche Beobachtungen anstellen könne, und vor allem auch Anhaltspunkte für die Beurteilung des Zustandekommens habe. Das sei nur damals, etwa vor 1/2 Jahr, gewesen, daß sich Bekannte, und vor allem ihr Bruder, zu ihr ins Bett gelegt und bei ihr den Ehemann gespielt haben. Sie habe speziell ihren Bruder zur Rede gestellt, er habe aber alles abgestritten. Sie nehme an, daß er es auch tatsächlich nicht gewesen sei, daß aber die E.s auf diese Weise den Anschein des Vertrauenswürdigen sich geben zu können glauben, um sich ihr ungestört zu nähern. An diesem Punkte ergibt sich eine deutliche Dualität ihrer Wahnbildung: Auf der einen Seite empfindet sie den Déja-vu-Charakter ihres Erlebens als eine Irreführung, welche sie vor allem davon abhalten soll, sich in einer Weise den körperlichen Regungen zuzuwenden, welche ihrem Alter gemäß sind; auf der anderen Seite aber gehen die Erinnerungsbestandteile eine Verbindung mit allerlei Sensationen ein, welche von ihr als eine Beeinträchtigung ihrer leiblichen Unversehrtheit aufgefaßt werden. Die Psychose hat depressiv begonnen und in diesem Stadium war bei ihr die Tendenz vorherrschend, endlich einmal zu einem reifen Empfinden und einem unbefangenen Sichgeben zu gelangen. Auch jetzt noch gibt es Zeiten einer gewissen Besserung ihres Zustandes, in denen sie ganz natürliche Ansichten vorbringt und sich höchstens darüber zu beklagen hat, daß sie zuviel Gedanken auf einmal habe und auch solche, welche ihr ungerufen kommen, daß ferner die Empfindung, ein Mensch von Fleisch und Blut zu sein, bei ihr immer nur ansatzweise jeweils vorhanden sei, indem bei einer Steigerung dieser Lebendigkeit jedesmal ein Umschlag erfolge in peinliche Erfahrungen von Künstlichwerden der Organtätigkeit bis zum Auftreten von Doppelgängern. Bei dem Bestreben, die vitalen Grundlagen ihrer Existenz zu gewinnen, hat die Pat. nicht die Besonnenheit behalten. Sie hat nicht einfach die zwangshaft sich ihr aufdrängenden Gedankengebilde von sich abgewiesen, sondern sie ist dazu übergegangen, sie in der äußeren Gegebenheit kausal zu begründen und vor allem persönlich herzuleiten im Sinne einer Art von Verfolgungswahn. Als dann im weiteren Verlauf Wollustempfindungen in immer stärkerem Maße auftraten, hat sie diese in Form von vermeintlichen Sittlichkeitsdelikten an ihrer Person halluzinatorisch ausgebaut. Beides, die vorzugsweise allopsychischen und die vorzugsweise somatopsychischen Störungen wurden im Bewußtsein der Pat. weitgehend miteinander verquickt. Z. Zt. sind die Wahrnehmungsveränderungen, insbesondere die in der geschlechtlichen Sphäre, im Zurücktreten begriffen gegenüber einer krankhaft erhöhten Reproduktions-

Digitized by Google

bereitschaft ihres Vorstellungsbesitzes. Dementsprechend beherrscht die Eigenbeziehung als solche jetzt die Symptomatik und finden sich Ansätze zur Herausbildung eines Abstammungswahnes. Die Umwelt hat für sie mehr und mehr ihre Eigenbedeutung verloren. Die Pat. sieht um sich herum nur noch Symbole und Figuren in einem Schicksalsdrama, in welchem sie die verblendete Heldin ist, dessen Deutung in dem Verhängnis ihrer Lebensgeschichte, der frühsten Kindheit vor allem, liegt. Augenblicklich steht es mit der Pat. so, daß sie manchmal glaubt, ein untergeschobenes Kind zu sein, wahrscheinlich von Japan verschleppt, eigentlich auch eine Königin, für welche fast alle Personen um sie herum Untertanen sind, aber heimliche. Die geschlechtlichen Erlebnisse, welche mit der auch jetzt noch unvollkommenen Wollustempfindung in einem entschiedenen Gegensatz stehen zu ihrer doch etwas frigiden prämorbiden Art, sind im Zurücktreten begriffen, während sich innerhalb der Vorstellungsbewegung eine Systematisierung geltend macht. Die Selbstwahrnehmung ist für gewöhnlich von den zentralisierenden Energien innerhalb der imaginären Schicht in Anspruch genommen. Die Möglichkeit sinnlichen Erlebens ist zwar noch nicht ganz verlorengegangen, aber sie reduziert sich doch, abgesehen von der zeitlichen Einschränkung, mehr und mehr auf perverse Ansatzpunkte (Durch Reizung des Afters den Orgasmus auszulösen!). Soweit sonst noch von Sexualität die Rede ist, werden Schadensersatzansprüche geltend gemacht: Die alten E.s sollen nicht nur bestraft werden, sondern auch ordentlich bezahlen für das, was sie sich ihr gegenüber erlaubt haben. Vor allem will sie jetzt mit aller Dringlichkeit betreiben, daß ihr die Einkünfte des Museums für Meereskunde nicht länger vorenthalten werden. Beim ersten Auftauchen der Idee hat sie übrigens diesem Institut gegenüber eine schadenfrohe Haltung eingenommen und sich über die halluzinatorische Nachricht gefreut, daß »es ausgelaufen sei«. Ebenso wie sie lachend von dem Kreuzer erzählte, daß er jetzt auf dem Trocknen sitze. Die Pat. ist natürlich gefragt worden, ob sie früher besondere Beziehungen zum Meer und dergleichen gehabt habe. Darauf hat sie erwidert, in Wirklichkeit, d. h. außerhalb der von ihr bezeichneten wachen Momente, keineswegs, außer einer Badereise mit den Eltern, wohl aber habe sie, wie sie mit Lebhaftigkeit versichert, immer gern Seegeschichten gelesen, und die Marine sei auch immer ein heimliches Wunschbild bei ihr gewesen. — Am Abend des gleichen Tages (die andere Unterredung war am Morgen) wird die Pat. noch einmal vorgenommen. Sie tritt, ohne sich weiter zu bedenken, ein und sagt: »Wo blieben wir stehn?« (Ja, Frau O., wo blieben wir stehn?) »Ich habe schon gar nicht mehr hingehört, weil ich doch weiß, daß es wieder dasselbe ist, wie vor ein paar Jahren.« (Was ist Ihnen augenblicklich eigentlich das Wichtigste?) »Wegzukommen von meinen Eltern, Geld zu haben!« Wofür und wozu?) (»Um leben zu können.« (Haben Sie irgendwie Anspruch auf Geld?) »Das sagte ich doch, das habe ich doch schon so oft erwähnt!« (Wodurch?) »Durch die E.s, die mir meine Nerven verdorben haben. Und meine Augen auch. Daß ich immer in der Ferne ganz verschwommen sehe; das war doch früher nicht!« (Können die E.s bezahlen?) »Ja, natürlich sind sie in der Lage, daß sie das bezahlen können .. Ja, und dann mit der Meereskunde, dem Museum, mit den Einkünften, meine ich!« (Gehört das Museum den E.s?) »Aber nein, das ist doch staatlich, wie alle Museen. Wie kann ich das wissen, wenn man mir das nicht sagt!« (Ja, Frau O., was haben Sie für Ansprüche an den Staat?!) »Ja, wenn man mir das doch damals gesagt hat; das ist doch schon eine Ewigkeit her!« (Aber Sie müssen sich doch Gedanken darüber gemacht haben, wieso man doch über-

Digitized by Google

haupt von einem Anspruch Ihrerseits hat reden können?) »Na, Sie wissen doch, die Situation auf dem Kreuzer ... und die Bemerkung meines Mannes, daß ich massiere! Schreiben Sie!« (Was in aller Welt hat das mit dem Museum zu tun?) »Ja, das habe ich damals auch alles nicht gewußt und da habe ich das nicht verstehen können.« (Es ist wohl so, daß Ihnen ein Aufschluß über alle diese Dinge, welche Sinnlichkeit und Besitz bei Ihnen betreffen, durch die Stimmen gegeben wird?) Mit tänzelnden Schritten und sehr überlegener Miene bewegt sich Pat. bei alledem hin und her und erzählt nun, daß sich eine ganze Reihe von Personen mit ihr verheiratet haben und zwar so, daß sie es nicht 100%ig wisse. »Frau Kampers soll ich ja auch schon gewesen sein, nach Ansicht meines Mannes.« (Teils hören Sie das durch die Stimmen, teils führen Sie das auf frühere Äußerungen Ihrer Verwandten und Bekannten und besonders Ihres Mannes zurück?) »Der Gedanke, daß man mich unwissentlich für mich wieder mitnimmt, wieder auf einen Kreuzer, und mich danach wieder nach der Bergstraße (der Wohnung der Pat.) zurückbringt, ist für mich schrecklich.« (Also wollen Sie weder auf den Kreuzer noch in die Bergstraße?) »Ja, das weiß ich noch gar nicht, am liebsten ganz weit weg. Am liebsten nach Buenos Aires, wo die Gemeinsten nicht nachkommen können. Oder lieber nach New York, das ist nämlich keine Hafenstadt.« Nach einer Weile sagt Pat. zum Ref.: »Wie wär's, wollen Sie nicht als Dienstwanze mitkommen?« (Na, so alt bin ich doch noch nicht, oder halten Sie mich für eine Frau?) »Man sollte meinen, das sieht man doch, aber mich hat man schon so dumm gemacht.« Die Pat. beklagt sich nun darüber, daß manchmal auch als Frauen verkleidete E.s heimlich zu ihr kommen, ferner, daß von seiten anderer E.s im Verborgenen Umbauten an ihr vorgenommen werden, so daß sie eine teilweise Verwandlung in einen Mann erfahre. An dieser Stelle sagt Pat.: »Das stimmt ja: der Japaner hat mich ja auch um den Tisch gejagt. Da war ich noch ganz empört, wie meine Mutter mich um den Tisch jagen konnte. Er war nämlich in Frauenkleidung.« Nach einer Weile sagt Pat., dem Ref. neckisch drohend: »Sie altes E.!« Hierbei kommt heraus, daß Pat. eine ganze Reihe verschiedener E.s unterscheidet: Kirchberger ist ein Vater-E., dann kommt das bereits angeführte Finger-E., ferner sind da noch die Sträflings-E.s. Eine ganz mysteriöse Rolle spielt ein gewisses Schoß-E., von dem sie einmal auf das erigierte Glied gesetzt worden ist, allerdings auch nur in solch einem wachen und diesmal ganz besonders flüchtigen Moment. Am Schlusse der Aufzählung sagt Pat. nach einigem Nachdenken mit lebhafter Bewegung: »Wenn es das gäbe, dann würde ich sagen, es gibt noch eine Reihe von Kindern, darunter auch die Anni Ondra und einige Söhne, die viel älter aussehen als ich, die alle meine Kinder sein sollen. So hat es mir jedenfalls mein Mann erzählt, als wir damals in Schierke waren. Nun sagt aber doch Dr. Sprenger daß es das gar nicht gibt, daß man Embryos übertragen kann auf andere Frauen, die dann die Mütter werden. Wenn mir mein Mann sagt: das ist dein Sohn ... und die Ondra soll von mir stammen!« (Dann sind Sie nicht nur eine Königin, sondern auch eine Stammutter.) »Demnach ja.« (Dann müssen Sie eigentlich schon uralt sein.) »Bedeutend älter, als ich annehme.« (Wie steht es denn mit Ihren Reichtümern?) »Ganz belämmert.« (Aber das »Milliönchen«!) »Dazu hat man mich nicht kommen lassen.« (Aber Sie sagten doch mal, das wird immer multipliziert.) »Eigentlich ja, je öfter ich hierher gekommen bin.« (Wieviel Millionen sind es denn?) »Das weiß ich ja nicht, wie oft ich hier war.« (Na, ungefähr!) »Na, wir wollen mal nicht zu bescheiden sein; schreiben Sie 6 meinetwegen! Man hat sich immerhin kriminell gemacht. Man hat mich ja schließlich

Digitized by Google

nicht gefragt. Die Männer haben eben die Macht gehabt, das zu tun.« Zum Schluß beklagt sich Pat. noch darüber: »Das natürliche Wesen hat man mir genommen, und das ist das Schlimsmte, das kann man gar nicht wieder gutmachen.« (Was ist denn nun eigentlich das Natürliche?) »Ich stehe immer so ein bißchen unter Zwang und bin dadurch unglücklich geworden.« (Sind Sie nun eigentlich krank?) »Ja.« (Wie denken Sie denn über diese ganzen absonderlichen Vorkommnisse und daß Sie beispielsweise eine japanische Königin sind? Kann das alles sein? Frau O.! — Frau O., kann das wirklich sein?) »Na ja, der Japaner ist gekommen als meine Mutter und hat mir das gesagt. Er muß identisch sein mit dem Mansuco von früher.« (Möchten Sie nicht einfach die Ehefrau eines Arztes sein?) »Nein, ich möchte endgültig geschieden sein von meinem Mann und von meinem Gelde leben.« . . . »Geld muß ich ja schließlich haben, weil ich ja selbst nichts machen kann. Man hat mich mit meinen Kräften heruntergebracht, daß ich eben meine Arbeit nicht leisten kann. Wenn ich zu Hause in meinem Haushalt bin und zu tun habe, dann kommen mir solche Gedanken nicht. Ich habe mich immer gewundert, daß ich so ein Müdigkeitsgefühl habe, öfter.« (Wie steht es bei Ihnen mit Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft?) »Man läßt mich nicht leben, und das gelebte Leben war Betrug. Ich will nicht hoffen, daß ich wieder in den Betrug zurückkomme.« (Haben Sie denn schon die Welt der Wahrheit entdeckt oder sich selbst gefunden?) »Nein.« (Wo also ist ihr Platz zur Zeit?) »Ich habe schon gefunden, aber man sagt es mir nicht so genau.« (Wer soll es Ihnen denn sagen, die Stimmen?) »Nun weiß ich nicht, ob die leisen Stimmen, das was ich so höre, ob das alles stimmt.« (Wird Ihnen darin eine glücklichere Existenz vorgespiegelt?) »Anscheinend doch . . . und doch nicht; so ein bißchen unheimlich!« (Es ist solch ein unbekanntes Land, nicht wahr?) »Ja.« (Und wie alt werden Sie sein, wenn Sie da anlangen?) »Ich möchte nicht hoffen, daß ich älter werde.« (Was heißt das?) »Daß ich noch älter werde, und man immer weiter heimlich zu mir kommt, und ich kein eigentliches Leben dadurch habe.« (Möchten Sie nun alles das, was die E.s mit Ihnen gemacht haben, was sie insbesondere mit Ihrem Körper angestellt haben, möchten Sie das in aller Deutlichkeit erfahren und es in Erinnerung haben?) »Ja, das möchte ich erfahren.« (Ich dachte, Sie genieren sich, oder sind Sie nicht prüde?) »Nein, ich muß es ja doch einmal wissen, ich kann doch nicht immer ein Kind bleiben!« —

Unter Hinweis auf das Ergebnis dieser unmittelbar vorangegangenen Explorationen wurde Pat. am 12. XI. 34 in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie vom Verfasser gezeigt. Darüber ist im Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie Bd. 75 S. 239 kurz berichtet worden unter Hinweis darauf, daß noch eine eingehendere Bearbeitung und ausführlichere Veröffentlichung des Falles erfolgen solle. Hier sei über die Sitzung noch erwähnt, daß der Vorsitzende, Geheimrat Bonhoeffer, der Pat. mit einer scherzhaften Geste den Kalender zeigte, worauf die Pat. wie auf einen Versuch, sie aufzuziehen, überlegen und mit Nachdruck entgegnete: »Es war einmal!«. Das bildete dann ihren Abgang bei der Demonstration, während der sie sich im übrigen durchaus als wohlkomponierte Persönlichkeit neben der Produktion ihrer wahnhaften Erfahrungen gab.

In der Folgezeit war zunächst nicht allzuviel Neues zu notieren. Die Krankengeshcichte kann deshalb um so mehr mit erheblichen Kürzungen wiedergegeben werden, nur einige charakteristische Wendungen sollen nicht unerwähnt bleiben. Am 28. 11. heißt es: Alles um sie herum ist »Dreck und

Digitized by Google

Mist«: »Das paßt mir nicht; die schönste Frau in solchem Dreck zu lassen; ich gönne Euch das nicht, daß Ihr mich zum soundsovielten Male seht; wer weiß, was diese Nacht wieder los war!« Während einer der Ärzte ein »Mistfink«, »Mist an ihren Schuhen« sein soll, wirft sie dem andern vor, daß er eine Maske trage und eigentlich ein Seeoffizier sei. Zu dem ersteren sagt sie dann auch: »Gehen Sie mal zum Meereskunde-Museum und holen Sie mein Geld ab.« Ziemlich unvermittelt sagt sie: »Ich habe gar nicht gewußt, daß ich eine andere habe, die mit meinem Mann ging und Kinder hervorbrachte, und mich hat man derweil zum Bordell gemacht. Die Männer sind Verbrecher, die Geldmänner!« Dann kamen auch Äußerungen vor wie »Ich werde in allen Stellungen aufgenommen. Wie oft bin ich schon für Zeitschriften fotografiert! Daß man mich nicht zum Manne kommen läßt! Ich habe nichts übrig für die Männer, immer das Eindämmen! Und Nachts weiß man gar nicht, was da wieder war. Man soll mir mein Geld geben und mich richtig leben lassen ... Die Männer sind derart egoistisch, daß ich 30 Jahre tot war ... Man hat mir nie einen Mann gegönnt und ich lebte immer in dem Glauben, er gehört mir ganz.« Auf Befragen: (Wie alt sind Sie?) »Einige 30.« (Aber Sie sehen noch jünger aus!) »Wenn den Männern nicht daran gelegen hätte, hätten sie mich nicht aufgearbeitet. Schon als Kind haben mich meine Eltern auf die Straße geschickt ... Wenn ich auch hier und da pfänden kann, man gönnt mir doch nicht, natürlich zu leben ... O. (ihr Ehemann) hat sich Kinder angeschafft und alles mögliche ausgegeben. Zeigen Sie mir doch nur die Bilder, die man von mir gemacht hat ... Alles ist Betrüger vor mir, auch die Ärzte. Nachts wird immer betrogen ... Ich könnte eigentlich die ganze Welt pfänden lassen. Viele Geschäfte kommen da in Betracht. Meine Mutter braucht nur in einen Laden hineinzugehen und Kleider für mich zu nehmen ... Den richtigen Mann zeigt man mir doch nicht. Ich weiß nur, daß ich wissentlich keinen Verkehr habe. Ich habe schon wieder Schmerzen im Unterleib. Daß die andern mich immer mißbrauchen! Ich möchte endlich ein Mann sein und mir ein Kind arbeiten lassen, damit ich die vielen E.s los werde. ... Ich will nur den richtigsten Mann haben und nicht die vielen, die mir nichts gönnen ... Vielleicht hat man mich schon 1/4 Jahr ein Kind austragen lassen ... Übrigens wollen Sie mich nicht in die Geschlechtskrankenabteilung bringen?!« Am 4. 12.: Pat. ist außerordentlich launisch, zerfließend freundlich, dann wieder hochgradig gereizt, wobei sie alle möglichen Gegenstände zu Boden wirft, sich auch ans Klavier setzt und wie rasend auf die Tasten schlägt. Man muß sie auf die unruhige Abteilung verlegen. Bei der Visite kommt man auf die Geburt zu sprechen: »Ich will diesen Zustand mal durchmachen, damit ich weiß, wie meine Organe funktionieren. Ich will dadurch natürlich werden. ... Ich habe mein ganzes Leben onanieren müssen ... Den Sittlichkeitsverbrechern sollten die Samenstränge durchschnitten werden ... Sie müßten mit unterbundenen Samensträngen im Zuchthaus herumrennen.« Am 12. 12.: »... Ich werde um die Zeit, die mir die schönste zu sein scheint, betrogen. Jedesmal, wenn sich die Männer amüsieren, will ich pfänden lassen. Ich will nachholen, was nachzuholen ist, will ich hier raus. ... Kann man wissen, wer hinter meiner Mutter steckt? Die hat sich doch bloß einen dicken Bauch vorgehängt.« Am Tage darauf: »Wann kann ich endlich sagen, »Scheiß Heimat, nun ade, will ich endlich mein Geld haben, will ich endlich heraus.« Am 15. 12. war zu berichten: Pat. lag heute mit beiden Zeigefingern in den Ohren unter der Bettdecke und sprach vor sich hin, als ob sie telefoniere: »Ach, was Du nicht sagst ... Tatsächlich ... Wieso ... Meinst Du,

Digitized by Google

hat man soviel durchgemacht!« Als man sie rüttelt, tut sie so, als hätte sie gar nicht den Vorgang der Visite bemerkt: »Ach, haben Sie mich aufgeschreckt, ich bin ganz wo anders gewesen ... auch das läßt man mir nicht! ... Werde ich immer gestört hier.« (Ich kann doch mithören?!) »Nicht für Sie bestimmt!« (Das ist doch Spielerei, das Telefongespräch!) »Das war so süß ...! Soll hier jeder wissen, was ich hier denke?« Pat. setzt dazu ein kindlich schmollendes Gesicht auf, zeigt überhaupt in zunehmendem Maße auch in ihrer Redeweise ein puerilistisches Gebaren. Am 19. 1. 35 sagt sie: »Wer sich wiederholt, hat schuld, ich will ein natürliches Leben haben. Ich will weit von hier, alle seid Ihr fürs Zuchthaus reif.« (Wird das Geld reichen?) »Ich werde meine Villen vermieten ... Sie haben Ihren Text und wiederholen sich. Schafft nur schöne Schlafmittel an Bord ...« 2 Tage vordem hatte sie gesagt: »Sie sollen heute Ihren Text umsonst gelernt haben. ... Immer wenn es mir klar wird, bin ich eingesperrt. ... Es paßt mir gar nicht, daß Ihr mich seht, gehe ich am besten huren auf dem Brodway, wie es die Männer gemacht haben. ... Wiederhole ich mich, bin ich nicht richtig hier, komme ich doch nicht weiter damit ... Leider, leider bin ich die schönste Frau. Erna aus der Schildhornstraße, die Marinekalle ... Und der Nachtbetrieb hier ... Man hat hier doch die Mittel bei der Hand. Man braucht dabei nicht nach der ....straße 10 (ihre Wohnung) zu gehen. Nehmt Euch doch eine andere her.« Am 24. 1. 35 sagt sie zum Verfasser: »Gehn Sie weg, Sie Wiederholer, Sie sind ganz auf mich eingestellt. Ich verlange Entschädigung: Nachts kullern Sie mich aus dem Bett.« Am 24. 1. 35 verbirgt sich Pat. bei der Abendvisite in ihrem Kopfkissen, weint, verlangt nach ihrem Manne, beklagt sich über beschimpfende Zurufe und die dauernden Wiederholungen. Am 1. 2. 35.» Ich höre keine Stimme mehr, ich höre nur noch Laute.« Als Begründung ihres abweisenden Verhaltens: »Wenn ich mir das so bedenke, diese Attentate, über dem Bett, unter dem Bett ...!« Am 4. 2. 35 lautet der Eintrag: Seit 2 Tagen ruhiger, unterhält sich, die gereizte Stimmung ist verschwunden, sie verlangt nach einer Beschäftigung, sonst könne sie nicht gesund werden. Wird deshalb in ein Einzelzimmer verlegt, wo sie zunächst Schrank und Stuhl genau untersucht: »Was soll denn nun werden, nun macht mal Vorschläge ... Warum plagt Ihr Euch so rum und lernt Euren Text für mich.« Am 5. 3.: Pat. ist in der letzten Zeit zugänglicher, zu Scherzereien aufgelegt, sie liegt aber meist im Bett und bemerkt dazu: »Dies faule Leben verdiene ich gar nicht, ich werde alle Tage häßlicher.« Am 26. 3.: Zieht sich die Decke über den Kopf, wenn man sie zum Aufstehen zwingen will, gähnt fortwährend bei einem Versuch der Unterhaltung. Appetit gut, schläft ohne Schlafmittel. Am 29. 4. kam der Ehemann: Eruptiver Zornesausbruch, muß deswegen in die unruhige Abteilung überführt werden. Bei irgendwelchen Fragen ostentatives Gähnen oder Schnarchen. Am 7. 5. 35: Pat. vernachlässigte ihre Körperpflege: »Was soll das alles hier ... Ich möchte gar nichts von Ihnen wissen ... Ich habe noch nie ein richtiges Ich gehabt, deshalb können die Leute mit mir machen was sie wollen. Das ist Mord an mir, wenn man mich 1/2 Jahr hier behält. Wenn ich doch herrenlos wäre und ganz weit weg ... Ich verbitte mir diese Anspielungen ... Es wiederholt sich doch alles. Wenn hier von Ihnen einer fehlt, stimmt es schon nicht.« Pat. ist bei jeder Annäherung zunächst ablehnend, bei weiterem Auf-sie-eindringen reagiert sie aber auf alle Fragen und spricht auch spontan. Hinsichtlich des Wiederholungserlebnisses sagt sie: »Zuerst weiß ich nicht, was es ist, dann wird mir etwas vorgemacht, und das soll ich glauben.« Am 20. 5. 35 gab die Pat. spontan bei der Visite allen die Hand und erklärte,

Digitized by Google

sich mit ihrem Mann aussöhnen zu wollen: »Ich habe gar keinen Überblick mehr, das ist alles weg.« Als von dem »Hurensold« und der Verleihung ihres Körpers die Rede ist, meint sie: »Da werde ich ja schamrot.« Auch an das »Museum für Meereskunde« erinnert sie sich nicht. Sie erklärt, da wär sie wohl als Kind mal gewesen, aber was es im übrigen damit für eine Bewandtnis haben solle, das könne sie nicht sagen. Sie hatte dabei etwas Kapriziöses und Neckisches im Verhalten. Kindlich fragend, halb erstaunt, halb bedeutungsvoll sagte sie dann: »Ich bin so menschenscheu!« (Wie war das mit den alten E.s?) »Ich weiß nicht, was Sie meinen.« Von den Erlebnissen auf dem Kreuzer will sie auch nichts wissen: »Ach, hören Sie doch damit auf.« Indem sie das alles wie eine dumme Belästigung beiseite schiebt, sagt sie mit gespielter Unbefangenheit und wie in berechtigter Ungeduld: »Soll doch mein Mann kommen, wollen wir uns wieder vertragen. Ich hab mich gar nicht darum gekümmert, um meinen Mann, ob ich mal rüber gehe?« (Was haben Sie denn jetzt für Empfindungen Ihrem Mann gegenüber?) »Ja, das will ich eben sehen, er soll mich hier raus holen.« Wiederholungen gibt es nach ihren jetzigen Versicherungen gar nicht. Sie meint dann noch, in der Klinik sei es langweilig, sie sei ganz verdöst. Am 21. 5. 35 wird notiert, daß sie bei der Visite sehr freundlich sei, einen Abstand zu ihren bisherigen krankhaften Erlebnissen zeige, daß sie auch von unmotiviertem Lachen ihrerseits spreche, die Angaben über Wiederholungen bestreite. Sie erklärte, daß sie nun ihr Ich wiederfinde, im übrigen meinte sie, durch den bisherigen Aufenthalt und den Abschluß von der Außenwelt sei sie »menschenscheu« geworden, sie wolle sich betätigen. »Das Einerlei stört mich so, ich will Abwechslung haben.« Verlangt zu ihrem Manne: »Ich möchte Schluß machen und etwas Neues anfangen. Nichts von dem, was bisher gewesen ist.« Am 4. 6.: Bei der Visite ist vom Ehemann die Rede: »Er wird sich wohl herausreden, und ich werde auf das Geld verzichten müssen.« Im übrigen wird vermerkt, daß Pat. in der letzten Zeit sehr zugänglich und freundlich ist, sich freut, wenn sie den Arzt sieht, statt wie vorher ein demonstratives Gähnen aufzusetzen. Sie wurde nun oft von den Eltern zu kleinen Spaziergängen abgeholt. Pat. tut höchstens noch Äußerungen wie: daß sie ihr Ich wiederhaben möchte: »Besser ist es, mein primitives Ich wiederzubekommen als beeinflußt zu sein.« Von den körperlichen Veränderungen sagt sie auf Befragen: »Ich weiß gar nicht, was daran wahr ist.« Am 12. 6. mußte moniert werden, daß die Pat. nicht sehr sorgfältig Toilette gemacht hatte: »Ich habe nur das Allernotwendigste gemacht. Auch genug für hier. Aber das ist mir jetzt alles gleich.« (Erotische Belästigungen haben Sie wohl jetzt nicht mehr? Für sie braucht es wohl nicht mehr zweierlei Geschlecht zu geben?) »Das gerade nicht; hauptsächlich raus von hier! Wissen Sie, das bringt die ganze Umgebung so mit sich. Ich muß was anderes sehen, ich bin so froh, daß mein Vater mich heute zum Spazierengehen abholt.« Pat. gähnte zwischendurch fortwährend. Im übrigen war aber doch zu notieren: Pat. steht morgens gleich auf, wäscht und kämmt sich gleich, am Tage macht sie sehr nette Häkelarbeiten, in den Farben sehr harmonische Jumper, wobei alles von der Pat. selbst ausgesucht und erdacht war. Das Muster zeigte auffallend schlichte geometrische Formen, nichts von Überladenheit. Sie machte auch Jäckchen, wozu sie nur 1 bis 1½ Tag brauchte. Am 22. wurde noch einmal notiert, daß die Pat. immer wieder um baldige Entlassung bittet; noch einmal als Pat. zu kommen, hoffe sie nicht, zum Besuch aber, um sich dem Stationsarzt (dem Verfasser) vorzustellen, komme sie gerne. Alles Geschehene sei erledigt, Strich unter das Ganze und Schwamm drüber.

Digitized by Google

Auch kein Geld von dem Manne, das rührt die Sache nur immer wieder von neuem auf. Im Verlauf der Unterhaltung ergeben sich dann noch Äußerungen wie: »Ich will mich nicht mehr verheiraten und keine Kinder haben«, sowie: »Meine Krankheit war ein Befangensein meines Ichs und ein Unterordnen unter andere Mächte, die sich in Stimmen und Ähnlichem äußerten.« Die Pat. wurde nun am 24. 6. 35 nach Hause entlassen. Sie bewegte sich nicht ohne einige Grazie, wenn auch das Gefühl des Peinlichen in ihrer Art sich zu geben, sich geltend machte; dazu sah sie frisch und gepflegt aus. In den folgenden Tagen und auch Wochen kam der Vater mit ihr einige Male zur Klinik, wo sie sich durchaus mit Anstand bewegte, im übrigen doch einigermaßen zu erkennen gab, daß sie die Sache mehr und mehr als ein abgeschlossenes Kapitel betrachte und sich nur ungern zum Objekt erneuter ärztlicher Untersuchung mache. Als Diagnose wurde Degenerationspsychose gestellt. Von einer Meldung zur Sterilisation wurde einstweilen Abstand genommen, da es nicht zu überblicken schien, ob bei der seelischen Störung etwas Prozeßhaftes im Sinne der Schizophrenie sich geltend gemacht hätte. Die reaktiven Momente drängten sich durchaus in den Vordergrund. Die Frage der Sterilisation war mit der Pat. besprochen worden; ihre Stellungnahme war ablehnend gewesen. Gerade auch aus ärztlichen Gründen, um nicht ein erneutes psychisches Trauma zu setzen, war mit dem Aufschub der endgültigen Diagnose auch die Meldung einstweilen unterblieben. Es wurde nur Veranlassung genommen, den Fall im Auge zu behalten, vor allem zur Vergewisserung darüber, ob tatsächlich ein Zurücktreten der Erscheinungen ohne allen Defekt erfolgen würde.

Die Pat. lebte nun zu Hause bei den Eltern, und am 1. 7. 35 erhielt die Klinik einen Bericht des Vaters über seine Beobachtungen: »1. Am Montag, dem 24. 6., Tag der Entlassung unserer Tochter aus dem Krankenhaus, war unsere Tochter über die plötzliche Rückkehr ins Elternhaus sehr erfreut und äußerte dem Unterzeichneten gegenüber den Wunsch, auf schnellstem Wege nach Hause zu kommen, was geschehen ist. Das Wiedersehn mit der Mutter war herzlich. 2. Am ersten Abend äußerte unsere Tochter den Wunsch, einige Nächte bei schwacher Beleuchtung zu schlafen, da sie in der Charité stets bei Beleuchtung geschlafen hätte. Das haben wir in der ersten Nacht getan, jedoch später nicht mehr. 3. Am zweiten Tage (Dienstag) beschäftigte sich unsere Tochter mit Handarbeiten, die sie im Krankenhaus begonnen hatte und äußerte den Wunsch, am andern Morgen — zusammen mit dem Vater — eine kleine Frühpartie nach den hier gelegenen Seen (Fauler See, Orankesee u. Obersee) zu machen, um die Naturschönheiten unserer näheren Umgegend kennenzulernen. Hierzu bemerke ich, daß wir 33 Jahre in Steglitz wohnten und am 1. April dieses Jahres hierher verzogen sind. Dem Wunsche meiner Tochter entsprechend brachen wir bereits um 5 Uhr auf und kehrten gegen 9 Uhr zurück. Noch unterwegs mußte ich eine Bäckerei aufsuchen, um den Hunger der Erna zu stillen, die kein Frühstück mitgenommen hatte. Unsere Tochter ruhte sodann ein Stündchen und ging ihrer weiteren, bereits vorstehend erwähnten Beschäftigung nach. 4. Am dritten Tage und vierten gemeinschaftliche Spaziergänge, die unserer Tochter gut bekommen sind. Schlaf gut. 5. Es fällt auf, daß sie oft von ihrem Mann spricht. Bei solchen Gelegenheiten bringt sie stets zum Ausdruck, daß ihr Mann seit Monaten keinen Besuch gemacht hätte, worauf sie meist stöhnende Laute hervorbringt. Auch sagt sie dann öfter: »Das ist der Mann, der mich kaputt gemacht hat.« 6. Sie fragte gestern, was werden würde, wenn ich (der Vater) plötzlich die Augen für immer schlösse und sie noch nicht

Digitized by Google

die volle Arbeitskraft besäße, worauf der Unterzeichnete erwiderte, daß doch die Mutter in solchem Falle noch da wäre. Da unsere Tochter weiß, daß meine Frau an einem Unterleibsgewächs leidet, macht sie sich vermutlich über den Ausgang der nächsten (2.) Operation der Mutter Gedanken. Ich persönlich glaube, daß dies und ferner die bevorstehende Ehescheidung diejenigen Gründe sind, die das Stöhnen veranlassen. 7. Heute (Freitag) habe ich die Garderobe meiner Tochter von dort abgeholt und nach meiner Rückkehr den vom Herrn Oberarzt bestellten Gruß der Erna übermittelt, sie hat sich zwar offensichtlich darüber gefreut, will jedoch von einem Besuch bei den Herren Ärzten nichts wissen. 8. Das Verhältnis unserer Tochter zu ihrem Bruder, dem Gerichtsassessor Y, ist als gut zu bezeichnen; sie verstehen sich beide und freuen sich, wenn sich Zeit und Gelegenheit zur Unterhaltung bieten. Zur Zeit befindet sich Erna auf einem Spaziergang mit der Mutter durch die Straßen des ihr noch unbekannten Ortes, um Ortskenntnis zu sammeln. 9. Unsere Unterhaltungen verlaufen immer normal. Wir unterhalten uns über Zeitungsberichte und sonstige Tagesereignisse und bekommen korrekte Antworten. Auch die Fragen werden ihrerseits richtig gestellt. Meine Tochter unterhält sich besonders gern mit mir, was wohl auf die in letzter Zeit vom Krankenhaus aus gemachten gemeinsamen Spaziergänge zurückzuführen ist. Mit diesen Spaziergängen war stets ein halbstündiger Aufenthalt bei Aschinger verknüpft, der bei Kaffee und Kuchen endete und vermutlich gute Laune zur Folge hatte. 10. Heute (Sonntag) — nach dem Mittagstisch — richtete meine Tochter unerwartet die Frage an mich, wie ich denn über das künftige Taschengeld dächte; sie fragte bei der Gelegenheit, ob sie etwa wieder 2 RM monatlich erhalten würde, wie damals in den Inflationsjahren. Ihrer Meinung nach wäre es besser, wenn ich an die »2« noch eine »0« anhängen würde. 11. Beim heutigen Mittagstisch erwähnte sie, daß die Kompottspeisen des Charité-Krankenhauses besser zubereitet würden als diejenigen der Mutter. 12. Heute Montag sprach sie den Wunsch aus, bald einmal nach Berlin zu fahren, um kleine Einkäufe zu machen. Das wird bis auf weiteres nur in Begleitung des Vaters oder der Mutter geschehen.«

In die Zeit, während die Pat. zu Hause war, fällt die Erstattung zweier Gutachten, und zwar zunächst am 6. 7. 35 und dann, im wesentlichen als Nachtragsgutachten, am 19. 10. 35 für das Landgericht in der Ehesache. Am 29. 3. 35 hatte der Ehemann erklärt, er beabsichtige Klage zu erheben mit dem Antrage auf Anfechtung der Ehe. Er lebe seit Juli 1934 getrennt von seiner Frau, der letzte eheliche Verkehr mit ihr habe etwa März 1934 stattgefunden. Es folgen nun Angaben, wie sie bereits im vorigen enthalten sind. U. a. gab aber der Ehemann dann noch an, daß er sich infolge der anhaltenden Verkehrsverweigerung von seiten seiner Frau veranlaßt gesehen habe, eine Ehescheidungsklage einzureichen, die aber habe abgebrochen werden müssen, da seine Frau in die Nervenklinik der Charité habe überführt werden müssen. Anfang Dezember habe er nach wiederholten Rücksprachen mit den Ärzten erfahren müssen, daß die Ärzte sich insoweit über den Zustand seiner Frau klar geworden seien, daß es sich um eine geistige Erkrankung bei ihr handle. Es sei ihm bei diesem Tatbestand nicht zuzumuten, die Ehe mit einer Frau aufrechtzuerhalten, mit der er bei Wissen eines derartigen Leidens niemals die Ehe eingegangen wäre. In dem Schriftsatz des Rechtsanwalts von Frau O. wird demgegenüber darauf hingewiesen, daß nicht behauptet und bewiesen werden könnte, daß die Beklagte bereits z. Zt. der Eheschließung an Wahnideen gelitten habe. Im übrigen

Digitized by Google

heißt es: »Die Parteien wohnten mit den Eltern der Beklagten zusammen. Schon kurze Zeit nach der Eheschließung hörte Frau X. ihre Tochter in deren Schlafzimmer Nachts wimmern. Sie stellte die Beklagte am nächsten Morgen dieserhalb zur Rede und erfuhr von ihr, daß der Kläger die Beklagte beim Verkehr ständig in den Arm beiße, und zwar so stark, daß sie es vor Schmerzen kaum aushalte. Frau X. erzählte kurz darauf die Sache der Mutter des Klägers, welche es dem Kläger wieder gesagt haben muß, und darauf kam eines Abends der Kläger in die Wohnung, wobei er bereits im Flur auf die Beklagte stieß. In Gegenwart der Eheleute X. hielt er seiner Frau vor, sie habe der Mutter erzählen lassen, er beiße sie beim Verkehr, und fügte wörtlich hinzu: 'Von jetzt ab rühre ich Dich nicht mehr an. Du kannst ja die Scheidungsklage einreichen'. Der Kläger hat dann auch Wort gehalten.« Es erfolgt nun der Bericht über die Konsultation der Ärzte und die Aufnahme in das Sanatorium. Dann ist wieder zu erwähnen: »Etwa Ende Juli 1934 kam der Kläger zur Beklagten und erklärte in Gegenwart der Frau X., er sei bereit, es nochmals auf einen Versuch zur Wiederherstellung der Ehe ankommen lassen zu. Darauf erwiderte ihm die Beklagte, er hätte sie immer gebissen, und sie glaube nicht daran, daß er diese Gewohnheit jemals aufgeben könne. Sie müsse demgemäß bis auf weiteres ein Zusammenleben ablehnen. Bezüglich des Vorganges vom März 1934 wurde noch ergänzend erwähnt, die Beklagte äußerte bei dieser Gelegenheit, nachdem sie der Mutter den Oberarm gezeigt hatte, noch folgendes: »Wenn ich gebissen werde, so kann ich doch keine Liebe empfinden, das ist doch kein Eheleben.« In der Beurteilung wurde nun in großen Zügen eine Darstellung der hiesigen Beobachtungen gegeben, dabei einerseits die besonders in die Augen fallenden Störungen im einzelnen aufgeführt, andererseits aber auf deren letztlich reaktive Natur hingewiesen, sowie auch darauf, daß zwar bei Frau O. eine psychopathische Konstitution anzunehmen sei, nicht jedoch eine prozeßhafte Veränderung der Persönlichkeit oder auch eine abnorme Periodizität. Es heißt: »Die Störungen haben sich nach ihrer Zusammensetzung im Verlauf der Beobachtung bei tieferem Eingehen und Berücksichtigung der Entwicklung schließlich mit großer Sicherheit als episodischer Art nach Maßgabe einer sogenannten Degenerationspsychose differenzieren lassen. Sie sind erwachsen auf dem Boden einer psychopathischen Konstitution, wenn auch deren Manifestation erst unter den Umständen einer besonderen Belastungsprobe erfolgte.« Weiterhin findet sich noch die Bemerkung: »... Sodann muß nach allem, was darüber bekannt ist, in Erwägung gezogen werden, ob nicht die Partnerschaft gerade mit einer Natur, wie sie dem Ehemann eigen ist, für manche Veranlagung erhöhte Ansprüche an die Anpassungsfähigkeit mit sich bringt.« Es wurde dann noch vermerkt, daß die Beklagte nicht unheilbar geisteskrank sei, ferner daß sie z. Zt. der Eheschließung am 19. 9. 1933 nicht als mit einer Geisteskrankheit behaftet anzusehen gewesen sei. Anläßlich der zweiten Begutachtung waren wieder Ausführungen des Rechtsanwalts von Frau O. zur Kenntnis zu nehmen: »... Diesseits wird bezweifelt, daß der Kläger einen entsprechenden Wunsch hat (nämlich Kinder zu bekommen), denn während der Ehe wollte er sich 'keinen Klotz ans Bein binden', und er wollte auch angeblich aus dem Grunde keine Kinder haben, weil er kurzsichtig sei und seine Haare früh verliere. Da die letzteren Gründe etwas kindlich sind, wird wohl das erstere maßgebend dafür gewesen sein, daß der Kläger es nicht zur Schwängerung hat kommen lassen. Die Beklagte hat damals diese Äußerungen der Mutter des Klägers mitgeteilt, wie diese bekunden wird.« In dem zweiten Gutachten wurde am Schluß

Digitized by Google

gesagt: »Es kann natürlich nicht mit Bestimmtheit ausgeschlossen werden, daß Frau O. nicht doch noch einmal solche Störungen seelischer Art zeigt, welche als Zeichen eines schizophrenen Prozesses zu diagnostizieren wären. Einstweilen liegen solche Symptome nicht vor, und es ist ein Ausgleich der Krankheitserscheinungen eingetreten, wie es sich bei der Unaufhaltsamkeit schizophrener Art nicht findet.«

Am 16. 12. 1935 kam es zur Wiederaufnahme. Hierüber kann der Bericht verhältnismäßig kurz gehalten werden, weil gegenüber dem mannigfaltigen Erleben während der ersten stationären Beobachtung hysterische Produktionen, vor allem im Bereich der Expressivbewegungen, das Bild beherrschten. Der Vater gab bei der Aufnahme an, daß sich Frau O. im Haushalt betätigt habe, dabei der Mutter geholfen, im übrigen Handarbeiten gemacht und Klavier gespielt habe. Daß man sie s. Zt. in die Klinik verbracht habe, wurde von ihr gelegentlich mit Äußerungen der Unzufriedenheit darüber berührt. Den Eltern gegenüber war sie freundlich, wenn auch eine gewisse Kühle dabei war, zeitweise befiel sie eine innerliche Unruhe, welche mit fleckiger Rötung im Gesicht und am Hals einherging. Das waren aber nur flüchtige Anwandlungen, bei denen sie auch ziemlich ablehnend war. In gesellschaftlicher Hinsicht hielt sie sich zurück und ging nur mit der Mutter aus. Mit dem Mann hat sie nie eine Begegnung gehabt. Der Schlaf war zunächst nicht so sehr gut gewesen, später aber hat er sich dann geregelt. Am 13. 12. 35 wurde die Pat. auf einmal unruhig, wieder ging sie in ihrem Zimmer auf und ab, maß die Eltern mit feindseligen Blicken, ihre Arbeit ließ sie liegen, die Nacht war sie schlaflos. Am 15. 12. stieg die Unruhe, sie sprach nun unzusammenhängende Sätze und lachte zwischenhinein laut auf. Nun schimpfte sie auch auf die Eltern, dann erklärte sie, sie müsse viel beten, und fragte die Eltern, ob sie das auch täten. Schließlich zog sie sich nackt aus, bewegte sich ohne alle Scham und zeigte am Ende gar ihre Geschlechtsteile dem Vater: »Du willst mich ja sehen!« Oft schrie sie laut. Gegen eine Nachbarin, die der Mutter behilflich sein wollte, wurde sie tätlich. Die herbeigeholte Ärztin veranlaßte die Aufnahme in der hiesigen Klinik, wohin sie mit einem Wagen der Rettungsstelle verbracht wurde. Bei alledem war voraufgegangen, und zwar am Tage vor der Aufnahme, die Mitteilung über die Gerichtsentscheidung, welche dem Gutachten der Klinik entsprechend gelautet hatte, und worin die Klage auf Ehescheidung zurückgewiesen worden war. Acht Tage vordem war der Beschluß dem Vater zugestellt worden, und in diesen 8 Tagen war von den Eltern versucht worden, sie allmählich davon in Kenntnis zu setzen. Bei der Aufnahme war die Pat. ganz puerilistisch, gebärdete sich wie toll, aber alles mit einer kindlichen Note. Im Gesicht war sie gerötet, in der Hauptsache wohl von der Anstrengung, alles was sie vorbrachte, machte den Eindruck, nicht nur des Forcierten, sondern auch des letztlich Demonstrativen. Sie sprach auch ein Kauderwelsch, wie die Erbsensprache beim Spiel der Kinder, kicherte bald in sich hinein, bald schaute sie mit großen Augen um sich, bald formte sie gleichsam mit redlichem Bemühen ein paar relativ verständige Sätze, wie ein Schulmädchen, welches auswendig lernt. Dabei war aus allem zu entnehmen, daß sie die Situation sehr wohl übersah und speziell auch die Ärzte und Schwestern erkannte. Den Direktor der Klinik begrüßte sie mit einer flüchtig angenommenen Miene von Ernsthaftigkeit und Feierlichkeit, um ihm dann auf einmal den entblößten Unterleib zu zeigen. Sie tat dann außerordentlich erstaunt, als dieses Benehmen beanstandet wurde, geradezu ironisch, wie denn auch die eigentliche Intention bei alledem war, den Autoritätspersonen

Digitized by Google

darzutun, wie sie sich von ihnen als gehorsames Kind mißbraucht fühle. Der Vater, wie auch jetzt der Geheimrat, das waren, wie aus späteren gelegentlichen Äußerungen zu entnehmen war, für sie alles die Leute, welche sie einsperren und für ihre eigenen Gefühlsbedürfnisse in Anspruch nehmen, während sie sich in voller Selbständigkeit einen Mann in ihrem Alter und nach ihrem Geschmack suchen möchte. So begegnete sie denn auch allen Personen mit gespielter Harmlosigkeit und Unterwürfigkeit, als wollte sie damit sagen: »Seht, nicht wahr, so wollt ihr mich ja doch haben!« Am 21. 12. 35 wurde notiert: Die Pat. kommt ohne Widerstand ins Untersuchungszimmer, sie gibt zunächst keine Antwort, sie hält im Zimmer Umschau (Wie geht es Ihnen?). Die Pat. antwortet mit einem Achselzucken. Lange Zeit bekommt man gar keine Antwort. Plötzlich steht sie auf: »Ich weiß nicht, ob ich mich äußern darf, es ist so komisch, wenn ich atme, es wechselt alles bei mir ... die Stimmung ... riecht es hier nicht komisch?« (Nach was?) »Ich weiß nicht ...« Was schreiben Sie denn? Kostet mir das kein Geld, haben denn meine Eltern soviel Geld ... Ich weiß immer zu wenig ... Ich weiß nicht, wie ich mir vorkomme: Mal groß, mal klein. Mir gefällt niemand, mir gefällt nichts. Was soll man denken ... Jedenfalls ...« (Warum sind Sie hierher gekommen?) »Ich soll etwas gesagt haben, ich wollte was erforschen, was hören, sehen, wie sich etwas verhält ... Es ist nicht schön, wenn man mal so, mal so sieht ... Ich war so halb ... immer Nackenschläge gehabt ... so ganz winzig gesehen ... Es ist vieles hier undurchsichtig ... Man hat sehr gelitten und zieht die Konsequenzen ... Ich habe dies für das gesehen ... Ich möchte richtig vernünftig sein. Ich dürfte mal hoffen, daß das Leben besser für mich wird ... Es kann mich nichts von meinem Ich reißen ... Ich hasse meinen Vater ... Ich bin nicht für das Unbewußte. Ich weiß nicht, ob ich was mache, was sich nicht intelligent anhört ... Ich soll zu Ihnen ‚Babe' sagen ... Ich wiederhole mich so sehr ... Ich habe Götter gesehen und bin auf die Knie gefallen ... und Häßliches gehört ... Ich kann das Bürgerliche nicht einhalten ... Ich will richtig sauber sein ... Ich will nicht Nervenkitzel haben ... Ich habe mich mal mit meiner Mutter verheiratet ... Sie sah aber wie ein Mann aus ... Ich war mal meine Schwiegermutter gewesen ... Ich hatte angeblich einen Sohn ... Er sah aber so häßlich aus ... Er war nicht für das Bürgerliche ... Ich bin aber so sinnlich veranlagt ... Man sagt, ich soll mit Ihnen poussieren ... Ach, ich weiß nicht, was ich machen soll ... Sehen Sie sich auch mal groß und mal klein?« Es wird der ununterbrochene Redefluß der Pat. vermerkt und weiterhin, daß sie ein kindisches Benehmen zeige. Am 28. 1. 1936 wurde notiert: Es gehe ihr gut, nur Angstgefühle habe sie noch, so Hemmungsgefühle, vielleicht, weil sie nicht viel mit Menschen zusammen gewesen sei. Ein bißchen interesselos und unlustig sei sie noch, aber sie denke, das werde sich wieder geben (Wollen Sie zu Ihren Eltern gehen?) »Wenn mir sonst nichts übrig bleibt!« Sie wollte wohl arbeiten, aber sie traue sich noch nichts zu. Es sei solch ein Wechsel bei ihr, sie lache auch noch zu viel: »Das ist mir auf der Straße manchmal peinlich, bin nie so albern gewesen wie jetzt.« Es komme ihr alles so komisch vor, nicht nur die Menschen, eigentlich sei es ihr gar nicht zum Lachen zu Mute. Im Grunde sei sie mit allem unzufrieden. »Ich fühle mich so wie ein Kind, ich sehe gesünder aus, wie ich bin, jetzt kommt es mir vor, als ob ich Lungenentzündung bekomme, es ist so schleimig im Rachen. Ich habe mal Lungenentzündung gehabt.« Sie sei so denkfaul, sie möchte am liebsten ihre Ruhe haben, es werde ihr gleich alles zu viel. Ganz gleichgültige Sachen seien ihr eine Weile nachher peinlich. Sie habe

Digitized by Google

so ein Schamgefühl dabei, sie sei bloß auf Essen und Schlafen eingestellt. Auch wenn sie etwas sage, habe sie geradezu ein Ekelgefühl danach, aber es komme auch manchmal vor, daß sie nach irgendeiner Handlung sich selber schmeichle und zu sich sage: Das haben Sie aber schön gemacht, so würde es ein anderer sicher nicht fertig gebracht haben. Alles Tun müsse sie noch einer Kritik unterziehn, es wirke alles so lange nach. Wenn sie jetzt wieder das Untersuchungszimmer verlasse, so könne es wohl sein, daß sie sich mit dem Gespräch noch den ganzen Tag beschäftige. Sie müsse auch über jede Bewegung nachdenken und wolle sie eine andere Haltung einnehmen, so müsse sie sich das erst ausdenken, es gehe alles nicht automatisch. Im einzelnen war noch zu notieren, daß die Pat. keine Entlassungswünsche äußert und ihr weiteres Schicksal getrost den Ärzten überläßt. Hinsichtlich ihrer Zukunft machte sie sich keine Sorgen mehr, sie stellte das den Eltern anheim, welche wohl für ihren Unterhalt aufkommen würden.

Im ganzen sei noch angefügt, wie die Pat. nicht nur von ihrem puerilistischen Gebaren und besonders auch von den hysterischen Schaustellungen im Verlaufe der ersten 3 Wochen in zunehmendem Maße zurückgekommen ist, sondern wie sie dabei auch erklärt hat, und zwar etwa vom 5. Tage an, wie alt sie jeweils sei. Es begann mit dem Alter von 4 Jahren, wozu sie vor allem ihre Größe auf etwa 75 cm angab. Dann wuchs sie nach ihren Angaben und war bereits am 8. Tage 7 Jahre alt und entsprechend größer geworden. Nach etwa 14 Tagen führte sie dem Verfasser als Stationsarzt ihre ersten Denk- und Sprechversuche als Erwachsene vor, nahm dabei mit einem verlegenen Lächeln sich entschuldigend die Kritik vorweg und meinte: »Ich stelle mich gewiß sehr ungeschickt an, nicht wahr? «Dazu kamen auch Vorführungen von psychogener Gangstörung. Die Pat. stelzte stocksteif durch den Gang, während sie sonst etwas durchaus Graziöses und auch Elegantes gehabt hatte. Auch hierzu wurde gelegentlich mit ernsthaft vorwurfsvoller Miene versichert: »Sie dürfen es mir nicht übel nehmen, es geht wirklich nicht so schnell.« In allem zeigte sie, wie sie nach einem derartigen Rückfall in die erste Kindheit erst langsam und tastend sich wieder zu der Rolle zurückfinde, welche ihr mit ihren Jahren im Leben zugewiesen sei. Während dieser Zeit tat sie auch ganz besonders entsetzt, wenn man ihr von Dingen sprach, wie Liebe und Ehe, als gehöre sich das doch gar nicht, dergleichen schon einem Kinde gegenüber zu berühren. Alles das hatte etwas nicht nur Spielerisches an sich, sondern es zeigte sich deutlich die Tendenz, ihre Umgebung nicht nur aufzuziehen, sondern ihr recht sinnfällig zu machen, wie übel man ihr in ihrem ganzen bisherigen Dasein mitgespielt habe. Bei all diesen motivierten und intentionalen Erscheinungen bot die Pat. aber auch solche dar, welche durchaus auf eine Lockerung des seelischen Gefüges hinwiesen, und zwar war das gerade gegen Ende des klinischen Aufenthaltes, als im Grunde eine Besserung sich vorbereitete, in zunehmendem Maße der Fall. Die Pat. reflektierte nun auf ihren Zustand, sprach von ihrem Ich und von ihrer mangelnden persönlichen Festigung, ihrer Unfähigkeit, sich im Verkehr mit anderen Menschen zu behaupten. Dazu traten dann die Äußerungen über ihre Stimmungen, ihre Neigungen und ihr Denken. Zuletzt kam eine Phase, und zwar von Anfang März an, in der sie überhaupt nicht mehr so viel über sich nachdachte und mehr darauf aus war, die Bedingungen völligen Ausruhens für sich zu schaffen. Sie hielt sich ziemlich zurück, hatte weder gern, daß man mit ihr über ihren Zustand sprach, noch auch, daß man die schwebenden Interessen berührte. Die ostentative Steifigkeit der Bewegungen hatte sich längst ver-

Digitized by Google

loren, die Pat. war wieder natürlich in ihrem Auftreten, wenn auch nun eine nach allem einigermaßen verständliche Geniertheit und auch wohl Reserviertheit zu Tage traten. Die Pat. hat sich zuletzt wieder zu betätigen versucht, vor allem aber offenbar ihr Bestreben darein gesetzt, an Haltung zu gewinnen. Der Typus, der ihr dabei vorschwebte, war einfach der der Dame. Die Pat. hat die Klinik geordnet und ohne erkennbare Defekte der Persönlichkeit verlassen. Es sei noch ein Wachbericht einer älteren und erfahrenen Krankenschwester angefügt. »Pat. O. beschäftigt sich fleißig mit Haus- und Handarbeiten, unterhält sich mit den Schwestern, bittet Schwester Anna, doch noch Wolle mitzubringen, damit sie ihre Handarbeit bis zum 31. 3. 36 fertig hat. Sie glaubt doch, daß sie entlassen wird, Herr Oberarzt hat es ihr versprochen«. Auf Fragen der Schwester, wohin sie denn geht, sagt Pat. »doch sicher zu den Eltern, mein Mann war ja schon so lange nicht hier. Mein Schwiegervater war an einem Tage mal hier und sagte, daß er kommen wollte; wir sollten uns doch wieder vertragen. Mein Mann war ja auch an meinem Geburtstage (18. 3.) nicht hier. Das beste ist wohl wir lassen uns scheiden; denn es wird ja doch sicher nichts Gescheites mehr. Ich gehe zu meinen Eltern, die haben sich in Burg bei Magdeburg ein Landhaus gemietet und dort werde ich mich sicher sehr wohl fühlen, denn ich mach ja sehr gerne Landarbeit. Nur das eine Dumme ist, ich muß immerzu lachen. Na, auch dies wird vorübergehen!«

Über den weiteren Verlauf ist bis zum Abschluß dieser Arbeit der Klinik nur etwas mittelbar bekannt geworden.

Am 15. 7. 36 wurde von dem Dir. der Landesheilanstalt Jerichow geschrieben, daß die Pat. am 10. 4. 36 dort aufgenommen worden sei, weil sie in der letzten Zeit zu Hause immer verwirrter geworden sei, umherirrte und oft gleichgültig und interesselos umhersaß. Es heißt weiter: »Hier war sie ohne jede Initiative, sie lag meist unter der Decke, antwortete ganz selten in knappester Form und nahm an den Vorgängen ihrer Umgebung keinerlei Anteil. Erst nach einiger Zeit ließ sie sich dazu bringen aufzustehen und nach der Nähstube mitzugehen. Sie zeigt aber auch jetzt dort noch keinen eigenen Arbeitstrieb. Sie hält sich ganz für sich und spricht nur, wenn sie direkt gefragt wird. Sie steht ihrem eigenen sowie dem Schicksal ihrer Familie völlig teilnahmslos gegenüber. Auf Grund des bisherigen Eindrucks des Krankheitsbildes wird die Seelenstörung für eine schizophrene von hauptsächlich katatonem Gepräge gehalten.« Von dem Vater der Kranken wurde am 21. 10. 36 dem Verfasser u. a. mitgeteilt: »... Am letzten Montag (20. 10.) habe ich meiner Tochter einen Besuch abgestattet. Wir haben uns annähernd eine Stunde unterhalten. Ich konnte die erfreuliche Wahrnehmung machen, daß sich der Zustand der Pat. wesentlich gebessert hat. Alle Fragen meinerseits wurden richtig beantwortet und alle Fragen, die sie an mich richtete, waren korrekt formuliert. Ich bemerke, daß ich ganz besonders darauf geachtet habe. Wir unterhielten uns auch über den Aufenthalt meiner Tochter in der Berliner Nervenklinik. Bei der Gelegenheit sagte sie mir: Die Herren Ärzte waren stets nett, aber ebenso neugierig, da soviel Fragen gestellt wurden, die manchmal, besonders wenn sie vom Herrn Oberarzt (der Verfasser) ausgingen, nicht leicht zu beantworten waren. Dieser kleine Zwischenfall war für mich interessant. Meine Tochter wird in der Nähstube beschäftigt und hat neuerdings für das Empfangszimmer eine Tischdecke angefertigt, die allerseits Anerkennung gefunden hat. Der Unterzeichnete hatte ferner Gelegenheit, mit dem Abteilungsarzt Dr. Bauer (stellv. Dir.) zu sprechen und Näheres über das Befinden der Tochter zu erfahren. Die Diagnose

Digitized by Google

lautete: 1. der Zustand der Pat. ist ruhig und im ganzen geordnet, 2. die Pat. ist etwas in sich gekehrt und könnte regsamer sein. Der Ehemann hat noch nicht von sich hören lassen.«

Auf die erneute Bitte um Nachricht sprach der Vater und zwar am 26. 2. 37 persönlich in der Berliner Klinik vor. Nachdem er am Tage zuvor seine Tochter, die sich noch in der Anstalt Jerichow befindet, aufgesucht hatte. Seiner Tochter sei es im zunehmenden Maße besser gegangen. Der Aufenthalt in Jerichow sei wohl dazu angetan gewesen, einen günstigen Einfluß auszuüben. Es gebe ausreichende Beschäftigungsmöglichkeiten, wobei für seine Tochter in erster Linie die Nähstuben in Betracht kommen. Im übrigen sei ringsum Park und Wald. Seine Tochter habe erklärt, daß sie an den Aufenthalt in der Berliner Klinik mit freundlichen Empfindungen zurückdenke, nur finde, daß gegenüber der jetzigen Unterbringung doch zu wenig Bewegungsfreiheit sei. Nach Hause dränge sie nicht sonderlich, nachdem ja der Umzug der Eltern in einen ganz kleinen Ort erfolgt sei. Sie erkundige sich aber immer angelegentlich nach dem Befinden ihrer Angehörigen und nicht zuletzt nach dem ihres Mannes. Es berühre sie offenbar schmerzlich, daß dieser gar nichts von sich hören lasse. Irgendwelche Wahnerlebnisse habe sie nicht mehr, sie spreche höchstens noch von schlechten Träumen, die sie hin und wieder habe. Was sie früher durchgemacht habe, stelle sich ihr auch als ein derartiger böser Traum dar: sie beschäftige sich nicht weiter damit. Ihre Aufmerksamkeit sei ganz durch die Umwelt in Anspruch genommen und sie betätige sich auch. Andererseits verfolge sie aber die wichtigsten Gedenktage, wie Geburtstage und dergl. Schlaf und Ernährung seien in Ordnung. Es sei eine Gewichtszunahme von 8 Pf. erfolgt, so daß sie jetzt 128 Pf. wiege. Das Aussehen sei frisch. Sie gebe sich jetzt insbesondere große Mühe, gerade zu gehen und das sei ja früher auch immer ein Punkt gewesen, auf den sie den Vater aufmerksam gemacht habe, welcher nämlich nach ihrer Ansicht eine zu krumme Haltung gehabt habe. Die Mutter habe letztens ihr aber doch noch einmal sagen müssen, sie solle sich gerader halten und sofort zur Antwort bekommen, sie solle mal lieber auf ihren Körper achten. Der Mutter gegenüber sei sie von jeher sehr ablehnend gewesen. Dagegen am Vater habe sie immer gehangen. Der Vater müsse sich auch um ihre ganze Garderobe kümmern und etwa wie jetzt den Auftrag entgegennehmen, 9 Paar braune Makkostrümpfe zu besorgen. Die Mutter sei gesundheitlich nicht ganz in Ordnung, sie leide an Fettleibigkeit und auch an Geschwulstbildung. Deshalb habe sie sich auch nur in geringstem Maße um die Tochter während deren Erkrankung kümmern können.

Es sei noch angefügt, daß die Kranke während ihres zweiten Aufenthalts in der hiesigen Klinik von Geh.Rat Prof. Dr. Henneberg als Obergutachter im Ehescheidungsprozeß untersucht worden ist mit dem gleichen diagnostischen Ergebnis, wie bei den Gutachten durch den Verfasser: es handele sich um eine wahrscheinlich episodische Erkrankung, welche den Degenerations-Psychosen zuzurechnen sei. Es wurde aber um die Bedeutung des weiteren Verlaufes zur Klärung des Falles hingewiesen, dementsprechend war auch die Entscheidung des Gerichtes, daß der Prozeß einstweilen auszusetzen sei.

Epikrise:

Die Krankengeschichte mag als eben ausführlich genug gelten, um den Zugang zu der eigenartigen Erlebensweise der Kranken zu

Digitized by Google

vermitteln. Jedenfalls kann es nicht in Betracht kommen, zur Beförderung der Übersichtlichkeit jetzt noch ein Resumé zu bieten. Käme es hier in erster Linie auf Abnormitäten des Verhaltens an, so könnte es als gerechtfertigt erscheinen, die differential-diagnostisch bedeutsamen Punkte zusammenzustellen und sie am Bestande der Nosologie zu messen. Gewiß war das Benehmen der Kranken auffällig genug, es fehlte auch nicht an Zuständen von Excitation und Stupor. Aber selbst die eingehendste Vergleichung mit den klinisch festgelegten Bildern konnte hier zu keinem befriedigenden Ergebnis führen. Deshalb ist der Weg einer Charakteristik aus der Abfolge und der Bedeutungshaftigkeit der Erscheinungen eingeschlagen worden. Die vorherige Lektüre der Krankheitsgeschichte muß dabei vorausgesetzt werden; sie stellt ja auch bereits eine Auswahl des Beobachteten dar. Die Darstellung verfolgt ein doppeltes Ziel: Zunächst soll natürlich nach Möglichkeit Licht in die hier vorliegende Störung gebracht werden, sodann aber wird neben dem individuellen Schicksal der Kranken auch das theoretische Interesse an Variationsmöglichkeiten der Zeitwahrnehmung und darüber hinaus an Zustandekommen und Auswirkung von derartigen Veränderungen im persönlichen Leben maßgeblich. Gerade an dieser Stelle ist auch der Angelpunkt für das Verständnis und ebensowohl für die psychopathologische Einordnung der Störung zu suchen.

Im Mittelpunkt des Krankheitsgeschehens steht hier ohne Zweifel das sexuelle Moment; es tritt später durchaus als solches zu Tage, während zum Beginn noch die Zufälligkeit äußerer Umstände sich weitgehend in den Vordergrund drängte. Als reaktive Depression oder gar bloß als psychogene Störung läßt sich denn auch sicher diese klinische Beobachtung nicht subsumieren. Die Frage ist nur, inwieweit eine Auslösung durch widrige Erfahrungen angenommen werden kann. Was in Sonderheit die Persönlichkeit des Ehemannes angeht, so mag es gewiß nicht jedermanns Sache sein, es mit ihm auszuhalten; andererseits geht es aber nicht an, die Entfremdung zwischen den Ehegatten nur darauf zurückzuführen, daß er sich in der Ehe als Sadist entpuppt haben soll. Die Angabe des Beißens beim Koitus vollends ist ganz kontrovers. Aber eine gewisse Labilität des männlichen Partners — bald agressiv, bald pathetisch theatralisch (man denke an seine Erklärung, seiner Zeit vor der Eheschließung, bei Verweigerung der Hingabe sich umzubringen) — darf wohl vermutet werden. Es war die Patientin selbst, die keineswegs reif für die Rolle als Ehefrau war. Sie hatte bislang ein umhegtes Leben im Elternhause geführt, und es konnte wohl nicht ihr Selbständigwerden fördern, wenn auch nach der Heirat noch bei den Eltern, nur eben mit dem Manne zusammen, weitergewohnt wurde. Einigermaßen dunkel ist es, was es mit der Verweigerung der Zeugung und vollends der ihr angeblich vom Ehemann aufgedrungenen Curettage auf sich

Digitized by Google

hat. Immerhin: Wenn etwas an Erschütterungen seelischer Art anzuführen ist, dann müßten es dergleichen Eindrücke und Belastungen sein.

Die Kranke kam sehr bald nach der Eheschließung in einen Zustand eines zunehmenden Abrückens von der Wirklichkeit: sie ängstigte sich vor ihrem Manne, hatte Träume, in denen sie sich von ihm bedroht fand; aber auch die Eltern verloren ihr Vertrauen, schließlich in Gestalt der Vermutung unsittlicher Lebensweise, vor allem eines geschlechtlichen Mißbrauchtwordenseins vom eigenen Vater. Die Patientin hat dabei eigentlich an den Eltern sehr gehangen, auf ihre Weise auch ihren Mann lieb gehabt. Der Ehemann hatte sich nur darüber zu beklagen, daß sie frigide war. Es ist nun offenbar so, daß mit der Weckung der Sinnlichkeit auf erotischem Gebiete der Rapport zu ihrem Partner in wachsendem Maße gestört wird und schließlich ganz abreißt. An die Stelle tritt ein Erfülltsein von allen möglichen Vorstellungen von Inzest. In diesen verknüpft sich die geschlechtliche Erregtheit mit den Personen des Umkreises ihrer ersten Jugend, zumal dem Vater. Oft äußert die Kranke denn auch, daß sie immer wieder zurückversetzt werde in ihre Kindheit, zuweilen freilich auch in spätere Lebensperioden, wie die Brautzeit, wogegen sie sich ganz besonders wehrt. Die Phantasien von Blutschande führen nur zu Haß gegen den Vater, der auch gleichzeitig den Zuhälter spielt. Dem Ehemann gegenüber aber erhebt sich zunächst nur die Frage, wer eigentlich dahintersteckt, daß sie es selbst immer wieder glauben muß, noch seine Braut zu sein und ihn zu lieben.

Die tiefste Schicht des Wahnerlebens ist sicherlich die, worin die Patientin weder ihrem Vater mit erotischer Gegenwehr begegnete, noch auch darüber nachgrübelte, wieso der Ehemann, anstatt sie zu befriedigen, anderen Männern auslieferte, wie man es auch wohl anfinge, sie immer wieder gefügig zu machen oder vielmehr, daß sie in einer Art von Bewußtlosigkeit alles über sich ergehen lasse, sondern es mit den alten »E-s« zu tun hatte. Es ist ja keine Frage, daß man sich darunter die Reihe der ersten Durchbruchserlebnisse der sexuellen Entwicklung vorzustellen hat. Das »Schoß-E« und dann das andere, welches bei ihr schlechthin »der Finger« heißt, bereiten ja wohl der Deutung keine sonderlichen Schwierigkeiten. Die weiteren E.'s lassen nicht nur das Bekanntwerden mit den erogenen Zonen ihres Körpers ersehen, sondern sie sind auch durch Partnerschaft und Situation gekennzeichnet. In der Folgezeit nämlich passiert alles immer auf einem »Kreuzer« und es handelt sich dabei um »Mariners«, einen Seeoffizier und dann vor allem um einen Kapitän, der aber gleichzeitig den Namen ihres behandelnden Arztes trägt. Wie alles sich im einzelnen abgespielt hat, soll hier nicht noch einmal wiederholt werden. Angebracht erscheint nur einerseits die Hervorhebung einer bei der Kranken sich ergebenden inhaltlichen Bereicherung bei dieser Art

Digitized by Google

von psychotischer Rekapitulation der sexuellen Inhalte, andererseits die Eigentümlichkeit ihrer Stellungnahme dazu.

Die »alten E's« gelten ihr im wesentlichen als Parasiten, nicht anders als die von ihr benannten »miesen Elemente«, deretwegen sie vor allem ihrem Ehemann Vorwürfe macht. Nur dort, wo die Reihe der »alten E's« ausmündet in das »Kirchberger E« spricht sie davon, das sei in einem »wachen Moment« gewesen, wo sie mit diesem regelrechten Geschlechtsverkehr gehabt habe. Nun seien aber sofort wieder die »Betäuber« gekommen und haben die Erinnerung ausgelöscht und weiterhin die »Unterbinder« oder auch die »Abdämpfer« und haben ihr die Erlebensfähigkeit, speziell die sexuelle, genommen. Man habe sie wieder in ihrem Bewußtsein zurückversetzt in die Zeit ihrer Kindheit, wo sie Ausbeutungsobjekt für die »ganz alten E's« oder auch für den Vater war. Was das »E« eigentlich bedeutet, ist von der Patientin nie gesagt worden; aber es läßt sich wohl vertreten, wenn man angesichts des Vornamens Erna annimmt, es sei dabei ihre Initiale im Spiele. Es ist bemerkenswert (im Hinblick auf die Mythologie) welche symbolische Rolle immer das Meer bei der Pat. gespielt hat. Von den natürlich imaginären Liebeserlebnissen in den »wachen Momenten« sagte sie stets »das war auch wieder auf einem Kreuzer«. Später, als sie sich mehr und mehr auf den Standpunkt gestellt hatte, entgegen aller aktuellen Beanspruchung ihr Innenleben und nicht zuletzt eine körperlich-sinnliche Seinsweise gewinnen zu müssen, nahm auch wieder die See das Entrückungsmoment in sich auf: Die Pat. wollte weit fort, in die »ferne Stadt ohne Hafen«. Von der Schiffsreise versprach sie sich dabei keineswegs schon Sicherheit: »Nehmt nur ordentlich Schlafmittel an Bord!«

Aber nicht nur ihre Ziele bestimmten sich so, sondern auch das abzustreifende Dasein rückte unter den Gesichtspunkt der Meeressymbolik. Die Patientin glaubte ja, daß sich ihr wirkliches Alter nach der Zahl ihrer bereits gewonnenen sexuellen Erfahrungen bemesse; so hielt sie ihr jugendliches Aussehen ebenso wie ihr notiertes Alter für täuschend bezw. unrichtig: sie glaubte, daß man sie durch kosmetische Mittel immer wieder verjüngte und durch Herbeiführung irgendwelcher Situationen von früher her selbst glauben machte, mindestens um 10 Jahre jünger zu sein. Sie behauptete nun demgegenüber, und zwar auf Grund der Äußerungen von »leisen Stimmen«, sie sei das »Museum für Meereskunde«. Im Zusammenhang mit diesem Komplex forderte sie in einer Art, welche nicht den Eindruck wirklicher Querulanz erweckte, sondern mehr den eines Ausspinnens des Grundgedankens, ebenso spielerisch wie schnippisch, die Überweisung der Einkünfte dieses Institutes. Gelegentlich gab sie sich übrigens auch als Villenbesitzerin aus. Es mag ebenso wohl dahingestellt bleiben, inwieweit man hierin die Bekundung von Dirnen- und Kupplerinneninstinkten zu sehen hat, als auch, welche Analogien

Digitized by Google

hier zur Verräumlichung und Vervielfältigung des Ich bei gewissen schizophrenen Prozessen hervortreten. Es ist auch sicher richtig, daß die persönlichen Belange bei der Patientin den Charakter des Mechanischen bekamen, wie etwa in drastischer Weise der Äußerung zu entnehmen ist: »Lasse ich mir ein Kind arbeiten!«: daß sie also damit in die Nähe der Kranken mit physikalischem (Verfolgungs- oder Erfinder-) Wahn gerückt wird. Jedenfalls aber ist die Störung bei ihr durchaus reversibel gewesen; die Patientin kam später in keiner Weise darauf zurück, nur daß sie während ihrer Rekonvaleszenz immer wieder zu betonen fand, wie leicht sie in eine Rolle der Passivität gedrängt werde und wie schwer es ihr falle, eine einheitliche Persönlichkeit zu bleiben.

Im Allgemeinen aber spielte sich das Krankheitsgeschehen bei der Patientin im Bereich des zeitlichen Aufbaus der Persönlichkeit ab. Es griff allerdings so tief, daß das Zeitschema in das Erleben der Kranken nicht durchgehends als inhaltliche Gegebenheit einging: es kam vorübergehend schlechthin zur Verkennung von Personen, nicht so sehr nach Maßgabe irgendwelcher Ähnlichkeiten jedoch, als vielmehr dem früheren Umkreis entsprechend. Die »Situation von damals« war ja doch nach Angabe der Patientin stets das Primäre bei den Erkennungsakten, nicht die Menschen oder überhaupt die einzelnen Bestandteile dabei. Hin und wieder wurde jedoch die Situation als das Einmalige ganz aus den Augen gelassen: die Kranke griff nicht mehr auf solche Wirklichkeitsmomente mit Temporalzeichen zurück, sondern der Realitätskontakt stellte sich bloß in Bezug auf die Identität der altvertrauten Personen her, wie vor allem der Eltern. Diese wurden aber im übrigen mit Figuren der kindlichen Phantasiewelt umkleidet. Wunschvorstellungen, überhaupt eine spätere Persönlichkeitsschicht waren im Spiele, wenn die Patientin sich dann auch in der wahnhaften Vergegenwärtigung irgendwelcher Beziehungen zu Personen des Theaters erging. In der Hauptsache war der Krankheitsverlauf eingenommen von einer psychischen Verfassung, in welcher die Patientin teils über sich reflektierte, teils kritisierte, was ihr äußerlich begegnete, und zwar eben in der Absicht, ihr wahres Alter zu bestimmen und sich nicht von Wiederholungen täuschen zu lassen. Pat. sagte dementsprechend immer wieder, man habe ja »seine Lektion gut gelernt«, man solle sich »doch schon zu erkennen geben« und was denn das Ablenkungsmanöver bezwecke.

Die Kranke bildete sich ein, man habe ein Interesse daran, sie nicht ihrem Alter entsprechend sich bewegen zu lassen und sie vor allem in sexueller Hinsicht wie ein unmündiges Kind zu behandeln. Sie beklagte sich darüber, daß sie besonders in der letzten Zeit gänzlich unfähig sei, in wachem Zustande ein Empfinden davon zu haben, was mit ihr körperlich vorgehe, vor allem hinsichtlich sexueller Reizungen und Erregungen. Morgens, wenn sie aufwache, sollten

Digitized by Google

sich alle Zeichen einer stattgehabten sexuellen Betätigung bei ihr finden, aber dann schnell die »Unterbinder« kommen, so daß in ihrem unmittelbaren Bewußtsein nichts mehr anzutreffen sei, lediglich äußere Spuren verbleiben. Die Veränderung an den Genitalien erschien ihr dabei noch als der relativ sicherste Beweis, während die zu erwartenden Verwüstungen ihres sonstigen Aussehens durch kosmetische Künste ausgeglichen oder doch jedenfalls verdeckt würden. Sie meinte, man solle sie doch endlich aufklären, sie sei jetzt alt genug, und auch keineswegs prüde von Natur; aber dann möchte sie mit solchen Männern Verkehr haben, die ihr wirklich zusagten oder, wenn es solche eben nicht gäbe, dann möchte sie wenigstens ihren Anteil von den Einnahmen haben. So schimpfte sie abwechselnd auf die »Geldmänner« und die »Zuhälter«.

Die Angaben über Erlebnisse des déja-vu und des déja-raconté haben zwar den Hauptanteil an den Krankheitserscheinungen; bezeichnen andererseits nur ein bestimmtes Stadium. Vorangegangen war ein ziemlich akuter Einbruch, welcher sehr in die Tiefe ging, bis zu einer Verschiebung der Erlebensbasis ins Halluzinatorische. Den Abschluß bilden sehr eigentümliche motorische Störungen, welche aber aus dem Zusammenhang der psychotischen Erscheinungen gesehen, doch dem Verständnis sich erschließen und darüber hinaus erkennen lassen, wie sich in ihnen die Wiedergewinnung einer außenweltsgerichteten und in sich geschlossenen Persönlichkeit anbahnt. Die Pat. zeigte sich in zunehmendem Maße geneigt, eine ihren krankhaften Erlebnissen entsprechende Haltung anzunehmen. Sie ist in der ersten Zeit in einer Weise, welche mehr und mehr etwas Demonstratives an sich hatte, gebeugt und steif, wie ein uraltes verhutzeltes Weib gegangen. Wenn sie darum angesprochen wurde, zeigte sie auch ein Gehabe greisenhafter Behutsamkeit und Umständlichkeit, oder auch sie gähnte herausfordernd. Sie hatte eine Pose von Resignation, als sie dann schon einmal zur Entlassung gelangte, mußte aber auf den Effekt hin, den die Eröffnung eines Beschlusses im Ehescheidungsprozeß bei ihr hatte — offenbar aufs tiefste dadurch getroffen —, wieder eingeliefert werden. Jetzt bot sie im Gegenteil ein Gehabe dar, wie das eines quäkenden kleinen Kindes, fing vor allem, als der Direktor der Klinik zu ihr trat, auf dem Rücken liegend an, sich zu entblößen und zu strampeln.

Nach Abklingen dieses Zustandes tat die Pat. höchst einsichtig und artig: man dürfe ihr das alles nicht übelnehmen und beileibe keine allzu hohen Anforderungen an sie stellen, denn sie wäre ja noch sehr klein; auf näheres Befragen deutete sie an, etwa 75 cm groß zu sein. In den folgenden Tagen machte sie ein recht rapides Wachstum durch, so daß sie nach einigen Stufen im Verlauf von 2 Wochen schon etwa die Größe eines 7jährigen Kindes hatte. Die Sprache, anfangs ziemlich unartikuliert, wurde nun schon ganz gut

Digitized by Google

verständlich, behielt aber vorerst eine infantilistische Note. Die Pat. gebärdete sich jetzt nicht mehr wie jemand, welcher verbrecherische Umtriebe durchschaut, sondern schien in ostentativer Vertrauensseligkeit geneigt, jede Belehrung entgegenzunehmen, nur mit dem einigermaßen spöttischen Bemerken gelegentlich, man solle ihr aber nur ja Zeit lassen, damit sie auch alles recht verstehe, und alles auslassen, was noch nichts für sie sei. Wenn man nun, um ihre Krankheitseinsicht zu prüfen, auf ihre früheren Äußerungen über geschlechtliche Dinge zu sprechen kam, machte sie ein entsetztes Gesicht: Nein, so etwas sei ihr doch nie in den Sinn gekommen, wie man überhaupt so etwas Anstößiges ihr gegenüber berühren könne! Die Kranke wurde aber doch immer ausgeglichener und vor allem auch bot sie ein angemessenes Betragen dar. Man konnte sich mit ihr ganz vernünftig unterhalten: An die krankhaften Inhalte wollte sie nicht erinnert werden, auch hinsichtlich der schwebenden Eheangelegenheiten beobachtete sie eine Zurückhaltung, welche sich respektieren ließ; dagegen gab sie ganz im allgemeinen eine gewisse Anfälligkeit und Schonungsbedürftigkeit zu.

Die Kranke wurde von der Klinik als weitgehend gebessert entlassen; sie mußte aber dann doch wieder im Anschluß an Erregungen, welche zunächst doch wohl überwiegend reaktiver Natur waren, wieder interniert werden, aus äußeren Gründen — daß die Eltern ihren Wohnsitz geändert haben — jetzt in einer Anstalt. Es ist von dort nicht viel über die Pat. mitgeteilt worden; man meinte, es handele sich um eine schizophrene Störung von hauptsächlich katatonem Gepräge. Es wird geltend gemacht, daß die Kranke dort nach anfänglicher Verwirrtheit mit Herumirren gleichgültig ihrer Umgebung und auch der eigenen Zukunft gegenüber geworden sei. Der Vater hatte demgegenüber Detaillierteres zu berichten, konnte bei seinem Besuch feststellen, daß Pat. sich in der Nähstube beschäftigte, im übrigen in der Unterhaltung nicht nur geordnet war, sondern auch in interessierter Weise über die häuslichen Verhältnisse sprach. Es sei dazu bemerkt, daß der Ehemann nichts mehr von sich hat hören lassen und daß der Prozeß ruht. Die Kranke hat in der Klinik durchblicken lassen, daß sie im Grunde immer noch an ihrem Mann hängt und daß sie sich im übrigen der vielerlei aus ihrer Situation sich ergebenden Schwierigkeiten bewußt ist. Es ist gewiß schwer abzuschätzen, wie weit die Dynamik des Reaktiven geht. Ohne Zweifel ist es auch eine sehr eigenartige Persönlichkeit, welche hier in Aktion und Motivation zu einer Manifestierung ihrer selbst gelangt. Sicher ist auch, daß nicht bloß eine Erschütterung des seelischen Gleichgewichtes vorliegt, sondern eine Krise im persönlichen Werden.

Die diagnostische Frage spitzt sich dahin zu, ob darüber hinaus auch noch ein Erbfaktor vorhanden ist, welche unabhängig von allen Schicksalen und Inhalten auf einen Verlauf hindrängt, welcher als

Digitized by Google

schizophrener Prozeß zu gelten hat. Eine anderweitige endogene Psychose kommt ja wohl nicht in Betracht. Bislang ist davon abgesehen worden, sich diagnostisch festzulegen. Von einer abnormen Reaktion oder einer Hysterie zu sprechen, geht ja sicher nicht an: Das erschöpft nicht die doch sehr vielfältigen und auch teilweise schwerwiegenden Krankheitserscheinungen; aber an gewisse sonstige Erfahrungen über seelische Alterationen, für welche man den Terminus der Degenerationspsychosen zu prägen sich veranlaßt fand, läßt der Fall doch denken. Es bleibt gewiß abzuwarten, ob der weitere Verlauf ein Abklingen ohne alle Defektsymptome mit sich führt; denn das gehört hier zum Begriff. Andererseits würde das Hervortreten einer Periodizität in Gestalt neuer unabhängig von allen Lebensumständen sich entwickelnden Krankheitsphasen die Notwendigkeit einer Einordnung unter die zirkulären Erkrankungen ergeben. Es darf aber doch wohl gegenüber solchen handgreiflichen Kriterien in Anspruch genommen werden, daß diagnostische Möglichkeiten auch schon mit der Struktur des Krankheitsbildes gegeben sind. In diesem Sinne sei noch einmal darauf hingewiesen, daß der Schwerpunkt des Krankheitsgeschehens durchaus innerhalb des zeitlichen Aufbaus der Persönlichkeit gelegen ist, womit gegenüber einem Vorwalten des Raumschemas die leichtere Form bezeichnet ist (vgl. des Verfassers »der Degenerationsbegriff und die endogenen Psychosen« Monatsschrift f. Psychiatrie Bd. 89, 1934, S. 313; sodann: »Raum und Zeit bei der Strukturanalyse der Psychosen«, Monatsschrift für Psychiatrie Br. 95, 1937, S. 1). Ferner erscheint als bedeutsam, daß bei der Kranken immer eine gewisse Distanzierung von dem Krankheitsgeschehen zu beobachten war, bald als Selbstbetrachtung, bald als Schauspielerei. Was die krankhaften Inhalte selbst angeht, so rücken diese teilweise sehr in die Nähe des Einfallartigen und der wahnhaften Einbildungen (s. zu alledem Bonhoeffer: »Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen«, Halle b. Marhold 1907, »Über den pathologischen Einfall«. Deutsche med. Wochenschrift 1904 Nr. 39 »Wieweit kommen psychogene Krankheitszustände vor, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind?«. Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie 68, 1911, S. 371; auch Zutt: »Die innere Haltung«. Monatsschrift f. Psychiatrie u. Neur. Bd. LXXIII, 1929, S. 52, 243, 330 n. »Über das Wachträumen« ibidem Bd. LXXVI, 1930, S. 188).

Abschließend sei noch in psychopathologischer Hinsicht darauf hingewiesen, daß zwar Erlebnisse von Veränderung der Raum- und Zeitauffassung gerade bei exogenen und psychopathischen Ausnahmezuständen vorkommen, weil hier der Kern der Persönlichkeit hinreichend intakt bleibt, um zu einer solchen Auffassung gelangen zu lassen, und auch wohl deshalb, weil psychische Störungen zunächst einmal die in den beiden Anschauungsformen liegenden Außenbezirke

Digitized by Google

zu affizieren pflegen. Gerade deshalb aber auch bleiben die Angaben über Beobachtungen dieser Art meist so unbefriedigend, eben weil sie als isoliertes Faktum dastehen. Der vorliegende Fall mit seiner tiefgreifenden Störung läßt erkennen, wie sich die Einbettung von derartigen Phänomenen in die Gesamtheit der psychischen Funktionen vollzieht. Was das zeitliche Moment dabei anbetrifft, so sieht man, wie aus der hier wurzelnden Veränderung durch die gegenseitige Einwirkung aller Konstituentien des Seelenlebens aufeinander auch allerlei andere hervorgehen. Der Titel dieser Publikation greift die am wichtigsten erscheinenden heraus: Reproduktionszwang und Wirklichkeitskontakt! Das betrifft natürlich lediglich assoziative Zusammenhänge. Die seelischen Kräfte, welche in diese Mechanik eingehen und daneben die Krankheitsursache: das sind Gegenstände, welche weit schwieriger zu beurteilen sind. In diesem Falle vollends mag denn auch die Diagnose noch in suspenso bleiben. Ein schnelles Abklingen ist zur Entscheidung für eine degenerative Episode nicht erforderlich. Schließlich haben ja auch die reaktiven Anlässe nicht aufgehört. Eine biologische Krise braucht ebenso wenig sich nach Tagen oder Wochen zu bemessen, wobei nur auf die Dauer etwa klimakterieller Störungen hinzuweisen ist. Es kommt auf die restitutio ad integrum an. Danach wird als letztes Kriterium die Frage, ob ein schizophrener Prozeß vorgelegen hat, zu beantworten sein. Aus der Struktur des Krankheitsbildes aber ließe sich zum mindesten die Berechtigung und auch die Nötigung herleiten, angesichts der praktischen Folgen der psychiatrischen Beurteilung noch eine Weile zuzuwarten.

Digitized by Google

Reizhaaruntersuchungen in der neurologischen Diagnostik.

Von

Konrad Zucker (Psych. u. Neurol. Klinik, Heidelberg).

Die folgenden Ausführungen sollen vornehmlich der Praxis und zwar der neurologischen Diagnostik am Krankenbett dienen. Ihr Zweck ist der, den Gebrauch der *v. Frey*schen Tasthaare und Stachelborsten, die bislang hauptsächlich nur wissenschaftlich gerichteten Untersuchungen dienten, auch der neurologischen Untersuchung in Klinik und Praxis zugänglich zu machen. Bei den Tasthaaren für taktile Reize und den Stachelborsten für Schmerzreize handelt es sich bekanntlich um genau geeichte Reizhaare von verschiedener Stärke, mit denen man in der Lage ist, jeweils gleichmäßige und in ihrer Größe bekannte und dadurch mit vorher und später erfolgenden Untersuchungen exakt vergleichbare Reize zu applizieren.

Daß der Gebrauch der Reizhaare bislang nicht allgemeiner wurde[1]), hat seine Gründe, soweit ich sehe, in folgenden Punkten: Es fehlte bisher an einer geeigneten Methode ihrer Anwendung; es blieb jedem Untersucher sozusagen überlassen, wie und wobei er sie anwenden wollte, und so sagten ihm dann seine Befunde am klinischen Fall häufig nicht viel mehr als die, die er mit Nadel und Wattebausch gewann. Ein weiterer Grund ist der, daß dem Untersucher im allgemeinen die Grenzen einer Sensibilitätsstörung wichtiger erschienen als deren genaue Qualität. Über die letztere aber konnten ihn Nadel und Wattebausch ja nur in ganz geringem Umfang aufklären. Dadurch erfuhr er höchstens etwas über die relative Verteilung der verschiedenen Gefühlsqualitäten. Schon ein Vergleich mit der Gegenseite des Körpers stand insofern auf schwachen Beinen, als eine geringe Hypaesthesie auf der Gegenseite oft genug unerkannt bleiben mußte, da diese Gegenseite — falls nicht stärkere Defekte bestanden — fast immer als gesund vorausgesetzt werden mußte und dies eben mangels einer absoluten Methode. So wichtig und unerläßlich nun aber auch die genaue Bestimmung der Grenzen einer Sensibilitätsstörung bei peripheren und Rückenmarkserkrankungen sind, so tritt doch bei

[1]) Bezgl. Literatur wird hier auf die Arbeit von *v. Weizsäcker* im »Handbuch der Neurologie« Bd. III./2 verwiesen.

Digitized by Google

der Hirnneurologie die Qualität der Störungen mehr und mehr in den Vordergrund, denn hier stößt oftmals das Vorhandensein oder das Fehlen der bekannten Aussparungsgebiete die sonst gefundene Lokaldiagnose doch nicht um. Übrigens ist ja die weitere oder engere Aussparung des Anogenital- und des oralen Gebietes bei Hirnläsionen eine Regel, von der es kaum einmal eine Ausnahme gibt. — Nein, es sind unabhängig von den Grenzen ganz andere Erscheinungen, über die die Reizhaaruntersuchung bei Hirnläsionen Aufschluß zu geben imstande ist. Da ist es die Ermüdung, die bei oft wiederholten Reizen im engeren Areal (etwa 2×2 mm) auftritt und die selbst wieder einen ganz verschiedenen Verlauf nehmen kann. Sie kann rasch oder langsam eintreten, sie kann in kurzphasigen oder langwelligen Schwankungen verlaufen, sie kann sogar als paradoxe Erscheinung ins Gegenteil umschlagen, d. h. die Ansprechbarkeit des defekten Gebietes kann durch das fortgesetzte Reizen plötzlich besser als zuvor werden. Die Ermüdung kann aber auch fehlen. Ferner ist da das überaus wichtige Phänomen der Irradiation: Das ist die Ausbreitung der durch die Ermüdung hervorgerufenen Unter- oder Unempfindlichkeit, die sich dann über verschieden große Gebiete um das gereizte Areal herum erstreckt. Diese Irradiation kann enger oder breiter sein, sie kann plötzlich eine ganze Extremität, ja sogar die ganze Körperhälfte erfassen, so daß also im gegebenen Falle nach etwa 200 bis 300 Reizungen, die im engsten Gebiet meinetwegen am Unterarm gesetzt werden, nunmehr der ganze Arm und auch Teile des Rumpfes für einen zuvor stark überschwelligen Reiz unempfindlich geworden sind. Ja es kann diese Irradiation auch die symmetrisch entsprechenden Stellen der Gegenseite des Körpers befallen, die also zuvor gar nicht gereizt wurden. Alles das kann nun auch wieder verschieden sein für Schmerz- und für Berührungsreize.

Schon aus dem Gesagten ergibt sich eine zur Zeit noch unübersehbare Menge von Möglichkeiten verschiedener Strukturierung bei einer gefundenen Sensibilitätsstörung zerebraler Genese. Eines steht heute schon fest, daß diese verschiedenen Qualitäten der untrügbare Ausdruck sind für die Lokalisation, für die Ausdehnung und für die Art (ob herdförmig oder diffus) der Schädigung.

Das führt uns zum letzten der Gründe für die bisherige Vernachlässigung der Reizhaaruntersuchungen. Dieser liegt darin, daß es der Mehrzahl der Untersucher, soweit sie nicht nach funktionsanalytischen Gesichtspunkten beobachten, nicht genügend bekannt ist, daß es keine Schädigung des Hirns gibt, gleichgültig, wo sie liegt, durch die nicht alle Funktionen des nervösen Apparats irgendwie in Mitleidenschaft gezogen würden. Vielleicht ist dies theoretisch bekannt, dann aber nicht, daß das auch praktisch nachweisbar ist. Verhältnismäßig am bekantesten ist diese Tat-

Digitized by Google

sache noch von der Motilität. Hier liegen die Dinge ja manchmal sogar so, daß wir mehr sehen, als wir deuten können (ich erinnere an die schwer beschreibbare Abänderung des Bewegungsverlaufs bei reinen Okzipitalläsionen, an die verschiedenen Formen der Bewegungsverarmung bei frontalen, parietalen, thalamären und nigrären Schädigungen). Leider ist das aber sehr viel Sache des Blicks und längerer Erfahrung. Nun wäre es ja gewiß auch möglich, eine Änderung der Sehweise oder Hörweise herauszufinden, wie sie für selbst leichtere Schädigungen des Frontale oder meinetwegen des Balkens charakteristisch sein mögen. Aber das würde wohl ohne umständliche Apparatur nicht abgehen, ganz abgesehen davon, daß wir untrügliche Befunde darüber z. Zt. noch gar nicht haben. Für die Sensibilität jedoch haben wir in den Reizhaaren eine ebenso einfache wie zuverlässige Apparatur, mit der jeder arbeiten kann.

Auf die funktionsanalytischen Gesichtspunkte, Methoden und Befunde, deren Ergebnisse das hier kurz Vorzubringende ist, kann hier leider nicht eingegangen werden. Jedenfalls aber kann das als gesichert gelten, daß wir Störungen oder Änderungen der Hautsinnesfunktion (bei Hirnschädigungen) nicht nur beim Betroffensein des Gyrus centralis posterior, dessen Projektionsgebiet distalwärts und dessen nächste Umgebung vorfinden, sondern daß sie sich nachweisen lassen bei jeder beliebigen Lokalisation.

Wir schließen hiermit an das oben Gesagte an: Die Ausarbeitung der für jeden Läsionsort und für jede Läsionsart charakteristischen Befunde mit der Reizhaarmethode ist zur Zeit natürlich noch ein Projekt im Rahmen der Funktionsanalyse, von dem die Grundmauern schon stehen und Einzelteile ebenfalls schon ausgeführt sind, dessen Vollendung jedoch als uns klar umschwebendes Ziel noch längere Zeit in Anspruch nehmen wird.

Es wäre natürlich ein Streit um Worte, ob man die mit solch feinen Methoden gewonnenen Befunde auf der Haut noch als Sensibilitätsstörungen ansprechen will oder nicht. Sie entdecken uns ja vielmehr eine Funktionsänderung von jeweils ganz bestimmtem Gepräge, die dann auch auf Sitz und Art der Schädigung hinweisen soll. Es ist daran aber die Sinnesfunktion der Haut nur ein Anzeiger. Im gleichen Krankheitsfalle würden sich die gleichen Funktionsänderungen auch auf allen anderen Gebieten, wie der Motilität, der Sprache bzw. des Verstehens, der gnostischen, praktischen Leistungen, der Hör- und Sehweise usw. nachweisen lassen. Das Wesentliche ist also, die Form der Funktionsstörung zu finden, auf die kommt es an. Nebensächlicher ist es, ob ich das mit Reizhaaren oder mit Untersuchungen der Hör-, Seh-, Sprach- oder Bewegungsweise tue. Da aber die Reizhaare ein ungewöhnlich einfaches und zugleich feinstes und exaktes Hilfsmittel

Digitized by Google

sind, nur deshalb wurde ihnen der Vorzug gegeben. Auch bietet die Haut größere, leichtere und auch für die Seitenlokalisation bessere Zugangsmöglichkeiten.

Für die Praxis heut schon am wichtigsten ist die Tatsache, daß man mit einer Reizhaaruntersuchung schon die geringsten Abweichungen objektiv nachweisen kann. Von welchem Wert das sein kann, lehren mich zahlreiche Fälle gerade aus der poliklinischen und aus der Gutachter-Praxis. Hier kann es bestimmt nicht nebensächlich sein, nachzuweisen, ob es sich bei einer Schädelverletzung um eine irgendwie geartete Mitbeteiligung des Gehirns gehandelt hat und von welcher Schwere diese ist. Der Meinung, daß sich das auch auf andere Weise würde nachweisen lassen, steht die Erfahrung gegenüber, daß es in einer recht beträchtlichen Anzahl von Fällen mit der Reizhaarmethode erstmalig gelang, eine solche Komplikation objektiv nachzuweisen.

Zur Methodik.

Was im folgenden gesagt wird, stellt eine Methode der Reizhaarprüfung dar, die sich anfänglich aus wissenschaftlichem Arbeiten, seit 5 Jahren aber auch aus praktischen klinischen und poliklinischen Untersuchungen mir als am zweckmäßigsten ergeben hat.

Bei den Reizhaaren nach *v. Frey* handelt es sich wie bekannt sein dürfte, um einen Satz von 10 oder mehr Reizhaaren, d. h. entweder um die sogenannten Tasthaare für Berührungsreize oder um Stachelborsten zur Schmerzprüfung. Die einzelnen Haare sind nach einem ganz bestimmten Prinzip geeicht: die Stachelborsten nach dem Druck (in Gramm), den sie bis zum Durchbiegen auf der Haut auszuüben imstande sind, die Tasthaare nach dem Verhältnis von Gramm: mm Durchmesser des einzelnen Haares = Spannung (hier kurz Sp genannt). Solch ein Tasthaar-Satz zählt von dem feinsten Reize Sp 1 bis Sp 10, was für die Praxis genügen dürfte. Ein weiterer Satz mit Sp 10—Sp 20 wird sich für unsere Zwecke erübrigen. Ebenso zählt ein Satz Stachelborsten von 1 g bis 10 g, während ein solcher mit feinerem Wert von 0,1 bis 1 g für unsere Zwecke hier und da erwünscht, aber nicht unbedingt notwendig ist.

Bei der Prüfung selbst ist zu beachten, daß man sich hüten muß, beim Reizen mit einem Tasthaar die Haare der Haut mit zu berühren, weil dadurch schon ein in seiner Stärke unkontrollierbarer Reiz ausgeübt wird. Bei genauer Beobachtung dieser Fehlerquelle wird es nur verhältnismäßig selten nötig sein, die entsprechenden Stellen durch Scheren oder gar Rasieren zu enthaaren. Auch darf das Tasthaar nicht auf der Haut ausrutschen, da dadurch ein strichförmiger Reiz anstelle des punktförmigen ausgeübt wird. Ferner prüfe man in stets wechselnden Intervallen von

Digitized by Google

1—4 Sekunden, weil sich sonst durch das unfreiwillige Einüben eines konstanten Rhythmus der Patient mehr auf diesen als auf die tatsächliche Empfindung einstellt. Die Unterscheidung von feinsten Stichreizen und stärkeren Berührungsreizen lernt der Patient rasch nach vorheriger Aufklärung. Man prüfe es an sich selbst einmal!

Wie gestaltet sich nun das eigentliche Vorgehen bei der Prüfung im Rahmen einer neurologischen Untersuchung?

Dem Prüfen mit steigenden Reizstärken in einem fraglichen Gebiet, ausgeführt lediglich zur Feststellung der jeweiligen Reizschwelle, kann keinerlei praktische Bedeutung zugesprochen werden. Von der frischen, glatten Nervendurchtrennung abgesehen sind mir nur wenige Fälle spinaler oder zerebraler Hypaesthesien bekannt geworden, innerhalb deren Gebiete nicht doch noch hier und da feinere ja feinste Reize positiv empfunden werden. Um solche zu finden, müßte man nur genügend lange reizen (so gelang es bei einer Syringomyelie mit 1 g nach 327, bei einer schwersten Schädigung der Centralis posterior und Umgebung mit Sp 1 nach 500 Reizen einen, durch entsprechende Kontrolle sichergestellten positiven »Punkt« zu finden). Je leichter also die Hypaesthesie oder die Funktionsänderung ist, um so illusorischer wird das Verfahren der Reizschwellenermittlung. Es ist hier nicht der Ort, über das Vorhandensein von anatomischen oder physiologischen Sinnespunkten zu schreiben. Es kommt doch schließlich darauf an, welches Durchschnittsniveau der Hautsinnesleistung wir vorfinden, und dann, was uns die Qualität der pathologischen Leistung etwa über Sitz und Art der Schädigung aussagen kann.

Das Leistungsniveau als solches, d. h. zunächst den Grad der Einbuße, ermittelt man mit der Zählmethode. Dabei kann man auf zweierlei Weisen verfahren, die im Grunde genommen gleich sind. Die erste empfiehlt sich mehr für länger ausgedehnte oder wissenschaftliche Untersuchungen, die zweite dient als abgekürzte und einfachere Methode mehr der Praxis.

Bei der ersten Methode wendet man eine beliebig lange Serie (möglichst lange sogar) von gleichstarken Reizen auf der zu untersuchenden Hautstelle an. Das Areal darf, um eine Ermüdung zu vermeiden, nicht zu klein sein (etwa 7×7 cm oder darüber). Man protokolliert dann nach »Fehlwerten«, d. h. man schreibt nicht die Reizerfolge nach + und — auf, sondern man notiert fortlaufend die jeweilige Anzahl gesetzter Reize bis zum positiven Reizerfolg, d. h. bis der Patient meldet, empfunden zu haben. Empfindet z. B. der Patient jeden Reiz, dann sieht die Reihe so aus: 1, 1, 1, 1, 1, 1 usw. Eine Reihe wie diese: 2, 2, 4, 1, 2, 4, 2, 3 würde besagen, daß der Patient von 20 Reizen nur 8 empfunden hat, sie drückt dann aber gleichzeitig noch die Art der Verteilung bzw. Häufung der

Digitized by Google

empfundenen Reize aus. Und gerade das kann gelegentlich von enormer Bedeutung sein, so, wenn eine protokollierte Serie z. B. folgendes Bild hat: 6, 1, 1, 1, 3, 1, 1, 2, 1, 1, 1, 1, 1 oder wenn sich in solchen Reihen Schwankungen ausdrücken wie in folgender: 2, 1, 1, 3, 2, 1, 4, 2, 7, 12, 8, 2, 1, 2, 1, 1, 1. Doch damit stellen sich schon bestimmte Qualitäten der geschädigten Funktion dar, worüber weiter unten noch einiges gesagt werden soll. Vor jeder Reizserie vermerkt man natürlich Art und Stärke des dazu benutzten Reizhaares (z. B. Sp 5 oder 2 g). Beabsichtigt man nicht, dem Wesen der Funktionsstörung auf den Grund zu gehen, sondern will man lediglich das durchschnittliche Leistungsniveau der Sensibilität an bestimmten Hautstellen feststellen, um es mit früheren oder späteren Befunden oder solchen an anderen Stellen oder mit anderen Reizstärken zu vergleichen, dann drückt man das Ergebnis einer solchen Reihe durch einen Dezimalbruch aus. Das Resultat des zweiten oben wiedergegebenen Beispiels würde dann sein (20:8) = 2,5. Der Wert 1,0 würde das jeweils erreichbare Optimum darstellen.

Die zweite Methode zielt nur auf die Feststellung der Durchschnittsleistung eines bestimmten Gebietes ab, und darum genügt es, mit jeder Reizstärke nur 10 Reize zu setzen und die positiven zu zählen und dann das Resultat in Zehnteln auszudrücken. Damit fällt jedes Protokollieren der einzelnen Fehlwerte fort. Liegt das so gewonnene Resultat etwa unter 3/10, so kann man ja auch 20 Reize setzen, um evtl. mal das Resultat 3/20 zu erzielen. Oder aber man verzichtet schon auf die Feststellung mit dem gewählten Reizhaar und nimmt das nächst stärkere. Man erhält, wenn man mit 3—4 verschiedenen Reizstärken untersucht, durchaus genügend zuverlässige Resultate, wenn man jeweils nur 10 Reize gibt.

Gelegentlich kann es für eine eingehendere Untersuchung unerläßlich sein, eine Prüfung auf Ermüdung anzustellen. Das kann einmal nötig werden, um bei einer erfolgten klinischen Besserung eines Falles, bei welchem die Zählmethode schon wieder annähernd normale Werte ergeben kann, genaueres darüber zu erfahren, ob das wieder erreichte Niveau auch einer längeren Beanspruchung gewachsen ist, und weiterhin kann das Ergebnis der Ermüdungsprüfung Aufschlüsse geben über den Sitz und besonders über die Schwere bzw. Ausdehnung einer Schädigung, wofür oftmals die Zählmethode keine direkten Anhaltspunkte gibt. Die Ermüdungsprüfung hat im kleinsten Areal zu erfolgen, man umgrenzt sich zu diesem Zweck ein Gebiet von 2—3 mm^2.

Viele Hunderte von so durchgeführten und nachkontrollierten Ermüdungsprüfungen für Berührung wie für Schmerz haben mich — entgegen allen Bedenken von sinnespunkttheoretischer Seite aus — von den absolut zuverlässigen Resultaten der Methode überzeugt, so daß ich wirklich nicht dazu raten kann, sich erst einen

Digitized by Google

solchen Sinnespunkt aufzusuchen, ihn mit Tusche zu markieren und ihn dann zu ermüden.

Will man eine Ermüdungsprüfung vornehmen, dann erfordert sie etwas Zeit. Wenn allerdings die Ermüdung ziemlich bald bei fortgesetzten ununterbrochenen Reizen erfolgt, dann steht ja das Resultat außer Frage. Andernfalls aber kann eine pathologische Ermüdung erst nach etlichen 100 und mehr Reizen eintreten. Meist erfolgt sie — wie zu erwarten — nicht plötzlich, und ihr Beginn drückt sich durch ein mehr oder weniger konstantes Zunehmen der Fehlwerte im Protokoll aus. Das Protokoll selber wird entweder diktiert, oder aber man reizt mit der Linken und schreibt mit der Rechten.

Wie hoch der Fehlwert sein muß, bei dem man von Ermüdung sprechen will, ist eine Frage, auf die es eine klare Antwort nicht gibt, vor allem deswegen nicht, weil die Praxis lehrt, daß nach einem sehr hohen Fehlwert von meinetwegen 50—70 die Ermüdung wieder abnehmen und die Fehlwerte wieder heruntergehen können. Es entspricht dieser Vorgang den sogenannten Schwankungen. Es ist ja schließlich die Ermüdung ein pathologischer Vorgang, der auch verschieden stark in Erscheinung treten kann. Man kann allerdings sagen, je schneller eine Ermüdung eintritt, um so ernster ist sie zu bewerten und um so weniger wahrscheinlich wird eine Rückschwankung zu erwarten sein. Um daher auch langsam verlaufende und unvollkommene Ermüdungsvorgänge sicher zu erfassen, nehme man zu einer solchen Untersuchung nur solche Reizstärken, deren zuvor festgestellter Zählwert im weiten Areal oberhalb von 6/10 liegt, damit nicht zu Beginn der Ermüdungsprüfung schon größere Fehlwerte sich verzeichnen.

Zum Schluß noch einige Worte über die Erscheinung der Irradiation. Bei zentralen Schädigungen, weniger deutlich bei medullären, findet man, daß sich nach erreichter Ermüdung diese nicht nur auf das kleine Areal, innerhalb dessen die Reizung erfolgte, beschränkt, sondern daß sie sich darüber hinaus auf einen mehr oder weniger großen Bezirk um das gereizte Areal herum ausdehnt, d. h. sie irradiiert. Es ist daher allemal nach positivem Ausgang der Ermüdungsprüfung die Ausdehnung der etwaigen Irradiation auch nachzuprüfen. Das erfolgt dann durch einfache Bestimmung der Grenzen, durch die sich dieses sehr viel stärker hypaesthetische Gebiet von der relativ besseren Umgebung abhebt.

Wenn es nun auch unerläßlich ist, daß sich jeder Untersucher zunächst mit seinen Reizhaaren etwas einarbeitet und hierzu erst Erfahrungen sammelt, wie das mit jeder noch so primitiven Methode notwendig ist, so können trotzdem die im folgenden wiedergegebenen Normalwerte und die daraus errechneten Zentralwerte

Digitized by Google

(= Durchschnittswerte) dem Anfänger von Nutzen sein. Die folgenden Werte beziehen sich je auf 10 und noch mehr Untersuchungen an Normalen mittleren Lebensalters.

Für Berührungsreize:

Für die seitlichen Partien der oberen Brust, etwa D_{4-6} entsprechend liegen die Zählwerte

für	Sp 1	zwischen	4,0	und	6,3;	Zentralwert	= 4,5
„	Sp 2	„	2,4	„	4,0;	„	= 3,0
„	Sp 3	„	1,5	„	3,0;	„	= 2,2
„	Sp 4	„	1,16	„	1,84;	„	= 1,22
„	Sp 5	„	1,04	„	1,6;	„	= 1,1
„	Sp 6	„	1,0	„	1,4;	„	= 1,05.

Im Gesicht mit Ausnahme der Schläfengegend liegen sie für alle genannten Reizstärken deutlich etwas tiefer, so für Sp 3 Zentralwert = 1,3. Ebenfalls etwas tiefer liegen sie auch für die Oberextremitäten z. B. für die volare Fläche des Unterarms beträgt der ZW für Sp 5 = 1,08, für den Oberarm 1,1.

Für die Streckseiten der Unterextremitäten liegen alle Werte normalerweise etwas höher, so daß der Untersucher diese am besten mit Sp 6 prüft, der ZW hierfür ist etwa 1,1. Man wird also mit Sp 6 9/10 evtl. auch mal 8/10 am Bein nicht für krankhaft halten können. Für Hände und Füße schwanken diese Werte selbstverständlich ziemlich, entsprechend der individuell verschieden stark entwickelten Epidermis.

Für Schmerz:

Für 0,5 g liegen die Werte am Rumpf um den Zentralwert 1,5, also etwa 6/10—7/10, für den Unterarm um 1,4, also etwa 6/10—8/10.

Für	1 g	liegen	die	Zählwerte	am	Rumpf	zwischen	1,0—1,3,	ZW.	= 1,1
„	1 g	„	„	„	„	Oberarm	„	1,0—1,4,	„	= 1,1
„	1 g	„	„	„	„	Unterarm	„	1,0—1,2,	„	= 1,0
„	1 g	„	„	„	„	Oberschenkel	„	1,0—1,9,	„	= 1,2
„	1 g	„	„	„	„	Unterschenkel	„	1,1—2,0,	„	= 1,4

Mit Ausnahme der Beine wird man also bei Anwendung von 1 g überall 9/10 bis 10/10 erwarten können, für die Beine hat der Wert für 2 g jedoch schon 10/10 zu sein.

Was leistet nun diese Methode für die klinische und für die Untersuchung in der Praxis? Es soll hier auf die äußerst aufschlußreichen und für die Zukunft bestimmt sehr wichtigen Befunde an funktionsanalytisch durchuntersuchten Einzelfällen nicht eingegangen werden, auch sollen die an sich schon genügend gesicherten Befunde bei Encephalitis leth. chron. und Chorea hier nicht länger erwähnt werden, weil die Diagnose dieser Leiden praktisch kaum mal von einer Reizhaaruntersuchung abhängig sein

Digitized by Google

wird. Für die meisten Rückenmarkerkrankungen, wie Tabes, Sclerosis multiplex, Syringomyelie und die Myelosen liegen die Dinge so, daß die Reizhaarbefunde natürlich weitgehend von der Schwere der Erkrankung abhängig sind, das trifft besonders für die Erscheinung einer etwa vorhandenen Ermüdung zu. Im übrigen werden bei diesen Erkrankungen die Reizhaare nur den Vorzug vor anderen Untersuchungen haben, als es mit ihnen gelingt, selbst feinste Veränderungen bereits objektiv festzustellen, d. h. ohne auf den Vergleich mit der Gegenseite oder mit für gesund gehaltenen Partien angewiesen zu sein. Besondere Berücksichtigung verdient in diesem Zusammenhang die Höhenbestimmung der Sensibilitätsausfälle bei Rückenmarkstumoren. Man findet hierbei mit der Reizhaarmethode auch schon geringe Ausfälle in den zwei Segmenten, die anatomisch direkt unter der oberen Grenze des Tumors liegen und die für die klinische Untersuchung mit anderen Methoden für gewöhnlich als normal befunden werden unter Berücksichtigung der Vorstellung, daß sie von den 1—2 weiter oberhalb liegenden Segmenten mit überdeckt bzw. mit »versorgt« werden. Man ist daher gezwungen, diese beiden Grenzen auseinanderzuhalten, was meist dadurch gelingt, daß die beiden fraglichen Segmente eben nur eine geringe Einbuße aufweisen.

In der Möglichkeit eines objektiven Nachweises einer Sensibilitätsstörung selbst feinster Art liegt aber einer der großen Werte dieser Methode für die Praxis, so z. B. wenn es sich um die Frage handelt, ob eine Sensibilitätsstörung überhaupt besteht oder noch besteht oder ob sie psychogener Natur oder überlagert ist. Als Beispiel wähle ich einen beliebigen praktischen Fall der letzten Wochen aus der Gutachtertätigkeit: Pat. Th. erlitt im Felde durch Gewehrschuß einen Streifschuß der Wirbelsäule, wodurch der 2. Brustwirbel eine röntgenologisch gerade erkennbare Fissur erhielt. Die anfänglichen, offenbar nur sehr flüchtigen tetraplegischen Erscheinungen bildeten sich soweit zurück, daß bereits nach wenigen Wochen der genaue neurologische Befund keinerlei Besonderheiten mehr ergab. Anfänglich soll eine Hypaesthesie unterhalb der Mamillen beginnend bestanden haben. Trotzdem bestanden weiter Klagen über Schmerz- und Schwächegefühl in den Beinen und im linken Arm. Auf Grund der stets negativen Befunde galt der Patient als Neurotiker. Tatsächlich ergab auch die jetzige Untersuchung besonders bezüglich des Ganges und der Äußerung der groben Kraft eine nicht zu übersehende neurotische Fixierung. Bei der klinischen Sensibilitätsprüfung — das wurde auch immer wieder von den Vorgutachtern betont und jetzt wieder bestätigt gefunden — bot der Patient niemals irgendwelche neurologischen Besonderheiten, d. h. die Sensibilität wurde bislang als völlig intakt bezeichnet. Da aber trotzdem das psychische Gesamtbild

Digitized by Google

nicht dem eines Neurotikers entsprach, wurde doch von uns ein organischer »Rest« vermutet, doch galt es nun, ihn nachzuweisen. Durch eine Reizhaaruntersuchung ließ sich denn auch tatsächlich ein objektiver Befund erheben, wovon hier als Beispiel das mit Tasthaaren am linken Unterarm gewonnene Ergebnis mitgeteilt wird.

Unterarm links: Sp 5 = 2/10,
Sp 6 = 3/10,
Sp 7 = 5/10,
Sp 8 = 6/10,
Sp 9 = 7/10.

Es entspricht also der zunehmenden Reizstärke ein jeweiliges Zunehmen der positiven Empfindungen. Übrigens wurde diese Prüfung, wie auch andere sonst, nicht in der hier mitgeteilten Reihenfolge der steigenden Reizstärken vorgenommen, sondern beliebig durcheinander, d. h. hier: zuerst mit Sp 5, dann mit Sp 8, Sp 6, Sp 7, Sp 9. Ein solches Ergebnis kann aus leicht einsehbaren Gründen von keinem Neurotiker geliefert werden. Diese verhalten sich meist so, daß sie besonders bei schwachen und mittleren Reizstärken gar keine positive Empfindung angeben.

Ich beschrieb vor einigen Jahren bei Fällen von Encephalitis und Chorea minor mit einseitiger Mehrbeteiligung der motorischen Krankheitserscheinungen eine mit Reizhaaren nachweisbare Sensibilitätsstörung, die sich dadurch als besondere darstellt, als sich der Einfluß der kränkeren Seite bis weit über die Mittellinie hinaus auf der gesunden Seite bemerkbar macht, gleichzeitig aber die gesunde Seite sich mit ihrem Einfluß bis ebenso weit (etwa handbreit) über die Mittellinie auf die kranke Seite herüber erstreckt. Es kommt dadurch zu einer etwa $2—2^1/_2$ Hand breiten Mittelzone, die sich über den ganzen Körper erstreckt, innerhalb deren die Zählwerte zwischen denen liegen, die man weiter lateral auf der kränkeren und lateral auf der gesünderen Seite findet. Ohne hier weiter von den diesen Befunden zugrunde liegenden Funktionen zu sprechen, sondern nur von der reinen Form, d. h. den Grenzverhältnissen zu reden, so hatte ich den Verdacht geäußert, daß diese Befunde Ausdruck einer Thalamusschädigung sein könnten. Dieser Verdacht hat sich auf Grund weiterer Befunde bestätigt, so daß man sagen kann, daß, wenn man diese Form der »Dreizonensensibilitätsstörung« antrifft, dies für eine Schädigung oder Mitbeteiligung des Thalamus spricht. Ich wage trotzdem noch nicht, diesen Schluß umzukehren in dem Sinn, daß bei einer Thalamusschädigung jeder Art nun auch jedesmal diese Form der Sensibilitätsstörung erwartet werden muß. Bei den weiteren Beobachtungen handelte es sich um Fälle, mit 1. kleinen Zysten im

Digitized by Google

Thalamus, 2. einseitiger Zellverödung des Thalamus auf Grund eines Gefäßprozesses, 3. Tumor von dem Falx ausgehend und u. a. auf den einseitigen Thalamus drückend, 4. um einen ätiologisch unklaren chronisch entzündlichen Prozeß mit einseitiger Mehrbeteiligung des Thalamus. In allen 4 Fällen konnte bereits auf Grund der Reizhaarergebnisse klinisch die Diagnose auf Beteiligung des Thalamus gestellt werden. Bei dem Tumor gab sie sogar den Ausschlag zu seiner Lokalisation.

Die entsprechenden Befunde stellen sich so dar, daß man z. B. am Rumpf auf der erkrankten Seite außerhalb der Mamillarlinie etwa mit Sp 7 einen Zählwert von 3/10 erhält, während handbreit neben der Mittellinie auf der kranken Seite der Wert 5/10, auf der Gegenseite neben der Mittellinie 5/10 bis 6/10 gefunden wird und daß die Prüfung außerhalb der Mamillarlinie auf der gesunden Seite 8/10 ergibt. Kaum einmal ergab die Prüfung auf der Gegenseite ganz normale Werte, und es wird im Wesen der Thalamusschädigung liegen, daß sie auch bei anatomischer Einseitigkeit klinisch oder physiologisch leichteste Veränderungen auf der Gegenseite in Erscheinung treten läßt. Nun ist allerdings hinzuzufügen, daß Fälle wie die oben mitgeteilten zu verschiedenen Zeiten deutliche Schwankungen aufweisen, oft während derselben Untersuchung sogar. Solche Schwankungen sind dann der Ausdruck einer bei Thalamusleiden ja schon öfters beschriebenen »halbseitigen Aufmerksamkeitsstörung«. Man sollte besser von Zuwendungsstörung sprechen, denn diese Störung hat mit der allgemeinen Aufmerksamkeitsspannung nichts zu tun. Es schwankt eben nur die Zuwendung zur erkrankten Seite bzw. zu den Vorgängen auf und an ihr. Diese Zuwendungsstörung oder besser gesagt, die Tatsache, daß sie während der Untersuchung und durch die Untersuchung fast ganz aufgehoben sein kann, ist der Grund, daß die Dreizonensensibilität der klinischen Untersuchung mit Nadel und Wattebausch fast immer entgeht. Es kann aber der gesamte pathologische Vorgang nur so gering sein, daß er deshalb mit groben Methoden nicht aufgefunden wird, selbst wenn man daran denkt. Trotz alledem sind die genannten Schwankungen der Zählwerte niemals so groß, daß sie die Reizhaarresultate in Frage stellen könnten.

Der Neurologe sieht gar nicht so selten Patienten, die ihn aus ganz anderen Gründen aufsuchen, bei denen bei genauer Inspektion eine oft nur ganz geringe Differenz in der Ausbildung der rechten oder linken Extremitäten, evtl. auch des Schultergürtels auffällt. Oft weisen dann auch Hand- und Fingerbildung entsprechend einseitige Besonderheiten auf, auf die *C. Schneider* kürzlich genauer hinwies. Nicht immer ist es dann klar ersicht-

Digitized by Google

lich, um was es sich dabei handelt, d. h. nicht immer kann man ausmachen, ob es sich dabei nicht um nachgeburtliche Schädigungen etwa rein peripherer Natur, die mit dem Nervensystem gar nichts zu tun haben, oder etwa um ganz bland verlaufene geringfügige poliomyelitische Folgen usw. handelt, oder ob diese Besonderheiten Ausdruck einer anlagemäßig bedingten Hypoplasie bzw. intrauterin zustande gekommene Mißbildungen sind. Die Frage kann aber praktisch von Bedeutung sein, und zwar für die Erbforschung, zumal wenn wir heute schon feststellen können, daß solche an sich ja nur geringfügigen Auffälligkeiten gar nicht selten in Familien vorkommen, in denen sich Epilepsie oder gröbere Mißbildungen finden. Ob die erwähnten Erscheinungen nun durch eine reine Unterentwicklung ohne greifbaren anatomischen Befund oder durch örtliche Gliosen oder durch eine intrauterine Encephalitis hervorgerufen wurden, ist intra vitam natürlich dann, wenn sich gar nichts weiter findet, nicht sicherzustellen. Das ist aber vielleicht deswegen nicht von akuter Bedeutung, weil es ja auch für die letzte der genannten Möglichkeiten sehr wahrscheinlich ist, daß sie mit einer erbmäßig bedingten biologischen Minderwertigkeit des Zentralorganes zusammenhängt. In vielen solchen Fällen und gerade da, wo andere Abweichungen nicht gefunden werden, lohnt es sich, eine Reizhaaruntersuchung vorzunehmen. Hier genügt schon die Zählmethode, da nach bisherigen Erfahrungen diese leichten Fälle, die in der praktischen Funktion der entsprechenden Extremitäten ja überhaupt nicht beeinträchtigt sind, keine pathologische Ermüdung oder nur bei ganz lang ausgedehnten Untersuchungen aufweisen. Beachtlich ist aber dann, daß diese Fälle meist einen Unterschied in den Reizhaarwerten nicht nur an der betreffenden Extremität aufweisen, sondern daß sich ein Unterschied auch auf die angrenzenden Partien des Rumpfes, ja gelegentlich auf die ganze Körperhälfte erstreckt. In solch einem Falle sind natürlich schon ganz geringe Differenzen in den Zählwerten zwischen korrespondierenden Stellen rechts und links ausschlaggebend, und zwar dann, wenn sie sich an möglichst vielen Stellen des Körpers gleichsinnig entsprechen. So wenn man z. B. an Arm und Rumpf mit Sp 5 auf der normalen Seite nur Werte von 9/10 bis 10/10 und an der Gegenseite nur solche zwischen 7/10 und 8/10 findet. Oft genug sind aber die Unterschiede deutlicher, und dadurch würde die zerebrale Genese in einem solchen Falle ja außer Frage gerückt sein.

Die Dinge können aber auch anders liegen. Ich verfüge über Beobachtungen an einigen durchweg jugendlichen Patienten mit selteneren Anfällen, über deren Ablaufform man lediglich auf die Anamnese angewiesen war. Nicht immer gewinnt man ja aus solchen Berichten Sicherheit über den etwa vermuteten einseitigen Beginn oder Verlauf solcher Anfälle. Ich nehme hier alle Fälle

Digitized by Google

aus, bei denen die neurologische Untersuchung eindeutige Hinweise auf die Einseitigkeit und somit auf die Lokalisation gestattet. Ins Auge gefaßt sind vielmehr die Fälle lokal beginnender, gegebenenfalls auch fortschreitender Gliosen, bei denen die genaueste Untersuchung nichts findet außer ganz geringen und schwer oder garnicht zu bewertenden Abweichungen von der Norm, meinetwegen eine geringe einseitige Hypotonie, einseitigen Rossolimo, eine Linkshändigkeit. Ja es kann sich sehr wohl auch um die Notwendigkeit der Unterscheidung zwischen einseitiger Gliose oder beginnender genuiner Epilepsie handeln. In allen diesen Fällen ist ein objektiver Anhalt, der zum mindesten eine Seitendifferenz in den Befunden sicherstellt oder auch nur unterstützt, bestimmt willkommen. Und das gelang in den gedachten Fällen ausnahmslos durch die Reizhaaruntersuchung, wenngleich — das soll offen zugegeben werden — ein solcher Befund noch nichts Bestimmtes über die nähere Lokalisation aussagt. Nur das eine ist natürlich dabei klar: Je mehr durch den Reizhaarbefund eine bestimmte Körperpartie betont erscheint, um so rindennäher ist der Prozeß anzunehmen, da bei zunehmender Tiefe der Lokalisation die mehr gleichmäßige Ausbreitung der durch Reizhaare gefundenen Abweichung die Regel ist. Welcher Art die Kriterien sind, die über die nähere Rindenlokalisation Aufschluß im Reizhaarbefund geben, darüber liegen abgeschlossene Untersuchungen bislang nur in geringem Umfang vor.

Als Beispiel für das Gesagte führe ich den ersten Untersuchungsbefund bei einem 14jährigen Jungen an, dessen spätere Entwicklung die Diagnose einer im linken Präzentral- bis zum Zentralgebiet beginnenden Gliose bestätigte. Vor der ersten Untersuchung hatten zwei Anfälle im Abstand von einem halben Jahr die Veranlassung gegeben, zum Arzt zu gehen. Die beiden Anfälle wurden vom Vater als in der rechten Hand beginnend und nur ganz kurze Zeit dauernd geschildert: Die erste klinische Untersuchung ergab folgende Besonderheiten: Linkshänder, fragliche Dysdiadochokinesis rechts, geringe Konvergenzreaktion der ausgestreckten Arme nur rechts, Rossolimo rechts fraglich, links negativ. Im Liquor mäßige Zellvermehrung: polymorphkernige Zellen unspezifischer Genese. Sensibilität: für Nadel und Wattebausch rechts = links völlig o. B. Pallaesthesie und Bewegungsempfindung rechts gleich links o. B.

Die Reizhaaruntersuchung ergab folgenden Befund:

1 g	Gesicht	links	9/10,	rechts	9/10
	Unterarm	„	10/10,	„	5/10
	Oberarm	„	9/10,	„	8/10
	Brust oben	„	10/10,	„	6/10
	Bauch	„	10/10,	„	10/10
	Oberschenkel	„	9/10,	„	10/10
2 g	Unterschenkel	„	9/10,	„	9/10

Digitized by Google

Auch bei Wiederholungen fiel der tiefste Wert (konstant = 5/10) immer wieder auf den rechten Unterarm.

Die Wichtigkeit eines solchen Befundes bedarf keiner weiteren Erläuterung.

Bei allen Reizhaarprüfungen hat der Untersucher genau darauf zu achten, ob die positiv beantworteten wie auch die nicht empfundenen Reize in einer annähernd gleichmäßigen Verteilung erfolgen. Dieses hat natürlich besonders bei geringgradigen Störungen seine Wichtigkeit. Denn hinter einer auffälligen Häufung von Fehlwerten, denen dann wieder eine ununterbrochene Reihe von positiven folgt, versteckt sich wohl regelmäßig eine Funktionsstörung besonderer Art, die ohne weiteres nichts mit einer Hypaesthesie zu tun zu haben braucht. Das gilt z. B. für die Störungen bei Encephalitis, wie auch für Chorea minor, die aber hier nicht weiter besprochen werden sollen, da sie von keiner ausschlaggebenden diagnostischen Bedeutung sind. Aber wir finden eine derartig nachweisbare Störung auch bei der Epilepsie, und dieser soll deshalb Erwähnung getan werden, weil sie diagnostisch sehr wichtig und andererseits recht leicht darstellbar ist. Hier empfiehlt es sich also unbedingt, nicht einfach nach Zählwerten in Zehnteln zu untersuchen, sondern die Fehlwerte einzeln zu protokollieren. Es ergeben sich dann Reihen, in denen regelmäßig gegen Anfang unerwartet hohe Fehlwerte auftreten, die mehr oder weniger bald von normalen Werten gefolgt sind, wobei während der ersten 10—15 Glieder immer noch einmal der eine oder andere höhere Fehlwert auftreten kann. Je länger also die Reihe fortgesetzt wird, um so ununterbrochener erfolgt dann der normale Verlauf. Solch eine Reihe mit etwa Sp 5 oder 6 gereizt, hat dann ungefähr folgendes Aussehen: 6, 1, 1, 3, 1, 1, 1, 2, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1. Ebenso oft aber ist der höchste Fehlwert garnicht an allererster Stelle, sondern erst an zweiter, seltener an dritter Stelle, wie z. B.: 1, 5, 1, 2, 1, 1, 1, 1, 2, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1.

Was bedeutet ein solches Verhalten? Es findet sich diese Besonderheit in all den Fällen, bei welchen sich allmählich eine epileptische Wesensveränderung herausbildet oder erst herausbilden wird. Sie ist der physiologisch greifbare Ausdruck für die beim Epileptiker bekannte Einstellungsschwierigkeit. Keineswegs darf aber hier der Meinung Raum gegeben werden, daß diese mit Reizhaaren nachweisbare Erscheinung etwa durch eine psychologisch zu bewertende erschwerte Einstellfähigkeit bedingt sei. Hier handelt es sich eben um eine Störung im eigentlichen Sinne der Funktionsanalyse, wobei die psychiatrisch faßbare und die mit Reizhaaren darstellbare erschwerte Einstellungsfähigkeit gleichwertige Ausdrücke derselben Grundstörung sind. Daß die letztere nicht etwa abhängig ist von ersterer, das beweisen zwei Tatsachen:

Digitized by Google

Erstens findet sich, wie eben schon erwähnt, der höchste Fehlwert garnicht immer als erstes Glied der Reihe, und zweitens: hat man diesen Befund an einer beliebigen Stelle der einen Körperhälfte gefunden und beginnt man unmittelbar danach dieselbe Untersuchung auf der Gegenseite des Körpers, so erhält man nochmals die gleiche Reihe, die manchmal sogar in ihrer Ähnlichkeit der erstgewonnenen erstaunlich nahekommt. Nur einer Einschränkung sei dabei gedacht: Diese für Epilepsie charakteristische Erscheinung läßt sich mit Tastreizen meist wesentlich deutlicher darstellen als mit Schmerzreizen. Die eigentliche Bedeutung dieser Ergebnisse liegt nun aber darin, daß sich die erschwerte Einstellfähigkeit mit Reizhaaren bereits einwandfrei auffinden läßt, wenn sie psychiatrisch noch garnicht recht, zum mindesten oft nicht sicher oder erst äußerst schwierig zum Ausdruck zu bringen ist. Dann können natürlich solche Befunde von Wichtigkeit werden für die Beurteilung von Fällen, in denen wir keine Anfälle selbst beobachten können, oder in denen wir aus der Schilderung der Anfälle keinen sicheren Schluß ziehen können. Allerdings, eine Entscheidung, ob es sich um eine genuine oder um eine anders bedingte Epilepsie handelt, läßt diese Besonderheit mit genau der gleichen Unsicherheit zu, als das die etwa psychiatrisch gefundene erschwerte Einstellfähigkeit tut.

Jedem Reizhaaruntersucher fällt auf, daß bei bestimmten Hirngeschädigten die gewonnenen Durchschnittswerte für die gleichen Reizstärken und an der gleichen Körperstelle zu verschiedenen Zeiten verschieden, ja oft sogar sehr verschieden ausfallen. Resultate, die wir am Morgen fanden, sind am nächsten Tage, ja schon am Nachmittage ganz andere. Das ist nun nicht etwa Schuld der Methode, im Gegenteil, die Reizhaaruntersuchung deckt hier ganz bestimmte Besonderheiten einer geschädigten Funktion auf. Mit der allgemeinen Erklärung, daß der Hirngeschädigte um vieles mehr als auch der Normale unterschiedlich »disponiert« sei, ist aber recht wenig gesagt und noch weniger gewonnen. Es trifft nämlich garnicht einmal für alle Hirngeschädigte zu. Dort, wo wir solche wechselnden Befunde zu verschiedenen Zeiten erheben, handelte es sich nach meinen bisherigen Erfahrungen immer um Fälle mit einer stark ausgesprochenen Neigung zu Ermüdungserscheinungen. Diese Ermüdung, die wir dann auch bei länger fortgesetzter Reizhaarprüfung finden, hat aber zunächst einmal nichts oder nur sehr mittelbar zu tun mit der allgemeinen Ermüdung des gesamten Menschen. Es ließ sich als über jeden Zweifel erhaben feststellen, daß diese Art der Ermüdung sich nur auf einen ganz bestimmten Vorgang bezieht, der als solcher sowohl während der Reizhaaruntersuchung als natürlich auch auf andere Weise im täglichen Leben durch irgendwelche Beanspruchungen angefordert

Digitized by Google

werden kann. Gelegentlich kann die Ermüdung bei der Reizhaarprüfung ganz enorm rasch eintreten. Dann finden wir sie bereits, wenn wir etwa 50—100 Reize über einen ganzen Gliedabschnitt oder sonstigen größeren Körperteil zerstreut setzen. In anderen Fällen bedarf es aber dazu erst der fortgesetzten Untersuchung im engeren Areal von wenigen Quadratmillimetern. Was besagt nun rein klinisch diese Ermüdungserscheinung? Zunächst soll betont werden, daß sie allein irgend einen lokalisatorischen Schluß bestimmt nicht zuläßt. Ich fand sie nicht nur bei Läsionen der Zentralregion und deren nächster Umgebung, sondern auch bei Okzipital- wie auch Frontalschädigungen in jedem Grade. Nein, soweit die Beobachtungen reichen, liefert die Ermüdung einen guten Gradmesser für die Ausdehnung des funktionsuntüchtig gewordenen Gebiets, so daß man etwa sagen kann: Je kleiner und je herdförmig umschriebener die Läsion ist, um so weniger deutlich bzw. um so schwieriger läßt sich eine Ermüdung nachweisen. Je größer dagegen der Herd ist, oder aber auch je diffuser die Schädigung ist, um so deutlicher und rascher tritt die Ermüdung ein.

Gewiß wäre es noch erwünscht, über das Verhältnis der Sinnesqualitäten (Schmerz und Berührung) zur Ermüdung etwas zu wissen, doch reichen die Erfahrungen dazu bislang noch nicht aus. Eins ist jedoch sicher, daß es sich diesbezüglich um einen graduellen Unterschied handelt, insofern es Fälle gibt, in denen die Ermüdung für Schmerz langsamer und schwerer eintritt, als auf Berührung. Daß es auch bei Strangerkrankungen im Rückenmark zu Ermüdungserscheinungen kommen kann (*Stein*[2]; *Zucker*[3])) das soll hier nur nebenbei erwähnt werden. Bei ihnen aber wechseln die Durchschnittswerte, die zu verschiedenen Zeiten gewonnen werden, nicht im entferntesten so stark, wie eben bei ausgedehnten Hirnläsionen.

Ist nun die Ermüdung eine sehr deutliche und bald einsetzende, so pflegt sie gewöhnlich nicht auf das engere Areal beschränkt zu bleiben, sondern auszustrahlen auf die nähere oder weitere Nachbarschaft des gereizten Gebietes. So kann beispielsweise der Durchschnittswert am Unterarm bei zerstreuter Reizung mit 2 g 2,5 betragen; nach Ermüdung eines Areals von 3 mm² kann dann der Durchschnittsfehlwert am ganzen Unterarm, ja an der ganzen oberen Extremität mit 2 g über 20 betragen.

Es sind jedoch die Irradiationsverhältnisse bei den verschiedenen Läsionen äußerst vielseitige und noch nicht recht durchschaubare. Was z. Zt. darüber feststeht, läßt sich etwa in folgende Worte fassen: Je oberflächlicher einerseits und je enger begrenzt

[2]) D. Ztschr. f. Nervenheilk. 80.
[3]) Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 84. 1932.

Digitized by Google

andererseits der Herd ist, um in so engeren und dann auch genau bestimmbaren Grenzen pflegt sich das Gebiet darzustellen, in welchem vom gereizten Zentrum aus die Ermüdung irradiiert. Je tiefer aber der Sitz einerseits und je diffuser die Schädigung ist, um auf so weitere Gebiete und mit unschärferen Grenzen tritt die Irradiation der Ermüdung auf.

Wie im letzteren Falle die besprochenen Verhältnisse liegen, das soll ein Befund zeigen, in welchem auch die wechselnden Reizhaarergebnisse wie auch die Ermüdungsverhältnisse deutlich zur Anschauung kommen:

Männlicher Patient, z. Zt. 47 Jahre alt. 1916 Hufschlag, Verletzung linke Stirn. An der Stirn-Schläfegegend oberhalb der Mitte der Verbindungslinie zwischen oberem Ohransatz und äußerem Augenwinkel ein 2 cm nach oben ziehender Knochendefekt ohne Pulsation. Neben seinen psychischen Besonderheiten, die die einer traumatischen Hirnschwäche waren, bot er neurologisch lediglich ein iterierendes Mitspannen bei der Tonusprüfung, das ich vor Jahren bereits als für Stirnhirnschädigungen charakteristisch als »motorische Ratlosigkeit« beschrieb. Sensibilität mit Nadel und Bausch geprüft o. B.

1. Reizhaaruntersuchung:

Mit 2 g ist der Durchschnittsfehlwert für den ganzen Unterarm rechts = 2,5, links 1,8.

Ermüdungsprüfung mit 2 g am rechten Oberarm in einem Gebiet von 4 mm^2 ergab folgenden Verlauf der Fehlwerte: 6, 2, 3, 1, 1, 1, 2, 9, 2, 3, 7, 5, 5, 2, 7, 2, 1, 1, 1, 1, 2, 2, 3, 7, 2, 7, 1, 2, 5, 1, 4, 21, 20, 1, 6, 6, 4, 22, mehr als 40.

Direkt im Anschluß daran gereizt mit 2 g am ganzen Oberarm rechts ergab die Fehlwerte: 7, 2, 1, 14, 10, 12.

Weiter an der rechten Brustseite gereizt: 9, 1, mehr als 30.

Endlich noch der linke Unterarm gereizt mit dem Durchschnittsresultat: 2, 0.

Die zweite Reishaaruntersuchung fand 5 Tage später statt:

Mit 2 g ganzer Unterarm rechts: 17, 8, 28.

Mit 2 g ganzer Unterarm links: 8, 33, 3, 20.

Um eine Ermüdungsprüfung durchführen zu können, wird der Reiz um 2 g gesteigert, also mit 4 g gereizt.

Zunächst für 4 g der ganze Unterarm rechts: 1, 1, 8, 2, 2, 5, 2, 37, 32, 19, mehr als 50.

Ermüdungsprüfung am gleichen Unterarm in einem Areal von 4 mm^2: 4, 10, 70, 11, 82.

Direkt im Anschluß daran nochmals der ganze rechte Unterarm: 2, 44, 7, mehr als 80.

Dann ganzer rechter Oberarm: 6, 29, mehr als 40.

Rechte Bauchseite: 28, mehr als 40.

Digitized by Google

Danach liegen am ganzen Körper auch auf der Gegenseite die Fehlwerte für 4 g über 20 bzw. über 100.

Wir haben hier einen der Fälle vor uns, bei denen der Untersucher mit gröberen Methoden zu keinem sicheren Befunde gelangen kann: Einmal scheint die Sensibilität intakt zu sein, beim anderen Mal findet er zunächst eine »Hypaesthesie« in einem bestimmten Gebiet; will er sie näher begrenzen, so scheitert das daran, daß der Patient scheinbar »versagt«, immer seltener positive Antworten gibt und endlich an der ganzen Körperhälfte oder am ganzen Körper kaum mehr Schmerz oder Berührung zu empfinden angibt. Ist der Patient durch die bestehende Hirnschädigung offensichtlich psychisch stärker verändert, so wird dann dieser undeutbare Befund damit in Zusammenhang gebracht, oft genug wird in so einem Fall aber auch von psychogener Überlagerung gesprochen. In Wirklichkeit aber handelt es sich doch um eine rasch einsetzende Ermüdung, die auch mal bereits zu Beginn der Untersuchung bestehen kann, und ferner um eine ebenso rasch und weit ausgreifende Ausstrahlung dieser Ermüdung. Beides zusammen ist der Ausdruck einer Funktionsstörung dergestalt, daß das Leistungsniveau in der anfänglich bestehenden Höhe schon bei geringer Beanspruchung nicht gehalten werden kann, und daß diese Senkung des Leistungsniveaus sich dann auch zunehmend auf andere Leistungsgebiete ausdehnt. Dieser so gewonnenen Funktionsformel entsprechend lassen sich auch die geistigen Leistungsdefekte solcher Patienten ablesen. Doch soll über diese Parallelen, die der speziellen Funktionsanalyse angehören, hier nicht weiter gehandelt werden. Es ist aber dieser Gesamtbefund charakteristisch für diffusere und der Zentralregion ferner liegende Schädigungen, die nicht auf die Rinde beschränkt bleiben. Ich fand sie hauptsächlich bei frontaler aber auch einigemal bei okzipitaler Läsion.

Nach dem Gesagten erhellt nun auch, 1) warum in solchen Fällen eine Grenzbestimmung auf der Haut ein illusorisches Bemühen darstellen muß, und 2) daß es zwischen Funktionsstörungen dieser und ähnlicher Art und primär in Erscheinung tretenden Hypaesthesien alle Übergangsmöglichkeiten geben muß.

Zum Schluß sollen kurz die vorläufig vorliegenden Ergebnisse von mit Reizhaaren durchuntersuchten Fällen zusammengefaßt werden, und zwar hier nach 3 ganz allgemeinen Gesichtspunkten:

1. Je mehr die Schädigung sich der Centralis posterior nähert, um so deutlicher die somatotopische Gliederung bzw. um mit so deutlicheren Grenzen hebt sich das entsprechend geschädigte Hautgebiet von seiner Umgebung ab; um so sicherer begegnen wir auch

Digitized by Google

einer von vorherein in die Augen springenden Hypaesthesie, die auch subjektiv empfunden und oft spontan angegeben wird.

2. Je tiefer der Sitz des einseitigen Großhirnherdes ist, um so deutlicher ist auch die Gegenseite (natürlich immer wesentlich weniger als die »kranke« Seite) von der Störung mitergriffen (d. h. somatotopisch-symmetrisch oder diffus).

3. Je größer und dann je diffuser die Schädigung, um so deutlicher die Ermüdung bzw. um so weiter ausgreifend die Irradiation der Ermüdung.

So weit die bislang vorliegenden Ergebnisse. Eine ausgedehntere Darstellung, insbesondere über bestimmtere lokalisatorische Anhalte verbietet der z. Zt. noch bestehende Mangel an Einzeluntersuchungen. Wie leicht einzusehen, bedarf es dazu einer sehr ausgedehnten, sich über längere Jahre erstreckenden Arbeit, die, wenn sie vollendet sein wird, imstande ist, der Neurologie, besonders der Großhirnneurologie, ein von Grund aus anderes Aussehen zu geben, wobei sich die bisherige Lokalisationslehre die eingehendste Revision wird gefallen lassen müssen.

Digitized by Google

Estnische Erbkrankengesetzgebung.

Von

Dr. **Steinwallner**, Bonn.

Schon im Jahre 1935 wurde in Estland ein Erbkrankengesetzentwurf veröffentlicht, in dem zwangsweise Unfruchtbarmachung bzw. Kastration von Erbgeisteskranken, Schwachsinnigen, genuinen Epileptikern, unverbesserlichen Alkoholikern und Narkomanen sowie Sexualverbrechern vorgeschlagen wurden; der interessante Entwurf erlangte jedoch keine Gesetzeskraft, da ihn der Staatsälteste nicht billigte. Jetzt hat sich Estland am 27. 11. 1936 ein »Sterilisationsgesetz« gegeben und es am 1. 4. 1937 in Kraft gesetzt. Das neue estnische Gesetz gehört zu den besten der bisher ergangenen auswärtigen Regelungen der Unfruchtbarmachungsfrage[1]). Einmal sieht es Zwang vor (daneben aber auch freiwillige Unfruchtbarmachung eines Erbkranken auf dessen Antrag), sodann gibt es dem Betroffenen alle nur denkbaren Rechtsgarantien in einem wirksam ausgebauten und gestalteten Verwaltungsverfahren, ferner regelt es gleichzeitig die Frage des Schwangerschaftsabbruchs aus Erbgesundheitsgründen, und schließlich ist es auch deshalb beachtenswert, weil es sich nicht nur auf Erbgeisteskrankheiten, Schwachsinn und Epilepsie erstreckt, sondern auch die schweren erblichen Körperschäden umfaßt. Im folgenden seien die wichtigsten Bestimmungen des estnischen Erbkrankengesetzes, das auch unsere Aufmerksamkeit vollauf verdient, kurz erörtert.

Nach § 1 des neuen estnischen Gesetzes können erblich Geisteskranke, Schwachsinnige, in schwerer Form Fallsüchtige und solche Personen, die mit unheilbaren, schweren erblichen körperlichen

---

[1]) Der heutige Stand der auswärtigen Erbkrankengesetzgebung ist folgender: Neben Estland besitzen Erbkrankengesetze: in Nordamerika 29 (von 48) Bundesstaaten, in Kanada Alberta (1928) und Britisch-Kolumbien (1933), Vera Cruz (1933) in Mexiko, in der Schweiz Waadt (1928) und Bern (1931), Dänemark (1934/35), Schweden (1934), Norwegen (1934), Finnland (1935); Entwürfe haben veröffentlicht: mehrere Bundesstaaten Nordamerikas (so u. a. New York, 1935), Kuba (1935), in Australien Tasmanien und Neuseeland, England (1934), Polen (1935), Island, (1937). Erbkrankengesetze werden u. a. noch in Japan, der Türkei, der Tschechoslowakei, Jugoslawien, Litauen, Lettland, Ungarn, Holland, Rumänien geplant.

Digitized by Google

Schäden behaftet sind, unfruchtbar gemacht, bei Frauen auch die Schwangerschaft unterbrochen werden, wenn der gesundheitliche Zustand der genannten Personen ein solcher ist, daß sie entweder wegen ihres anormalen Geschlechtstriebs sich selbst oder der Gesellschaft gefährlich sind oder daß sie Nachkommen mit den erwähnten Gesundheitsschäden zeugen oder gebären können. Verboten ist jedoch die Unfruchtbarmachung einer Person unter 10 Jahren sowie jede Sterilisation und Schwangerschaftsunterbrechung in den Fällen, in denen mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, daß die Operation das Leben oder die Gesundheit der betreffenden Person gefährden kann (§ 2).

Eine Unfruchtbarmachung oder Schwangerschaftsunterbrechung können nach § 3 nachsuchen oder beantragen: die erbkranke Person selber bzw. ihr gesetzlicher Vertreter, Amtsärzte, bei Handlungsunfähigen deren Vormünder, Kuratoren oder Versorger sowie die Leiter von Fürsorge- oder Heilanstalten.

Zur Verhandlung über die Frage der Sterilisation und der Schwangerschaftsunterbrechung wird in Reval und Dorpat je eine aus dem örtlichen Stadtarzt als Vorsitzenden, je einem Vertreter der Kreis- und Stadtverwaltung und zwei Spezialärzten bestehenden Bezirkskommission gebildet, der vor allem die Prüfung und Untersuchung der Indikationsvoraussetzungen obliegen (§ 4). Zum Zwecke einer wirksamen Durchführung des Verfahrens sind ihr erhebliche Machtbefugnisse eingeräumt (§ 5f.). So darf sie u. a. Zeugen und Sachverständige vernehmen und kann das Erscheinen der Zeugen mit Hilfe der Polizei gegebenenfalls erzwingen. Sie kann alle Ärzte zur Aussage hinsichtlich der mit dem Erbkranken zusammenhängenden Tatsachen veranlassen; diese sind für solche Fälle ausdrücklich von ihrer ärztlichen Schweigepflicht befreit. Die erbkranke Person kann erforderlichenfalls zur genauen Untersuchung einer Heilanstalt überwiesen werden. Ziel des Verfahrens vor der Bezirkskommission soll sein, Charakter und Erblichkeit des Gesundheitsschadens der betroffenen Person einwandfrei aufzuklären und festzustellen, ob diese zu denjenigen Personen gehört, bei denen die Unfruchtbarmachung oder Schwangerschaftsunterbrechung auf Grund des § 1 notwendig und möglich ist. Die festgestellten Tatsachen hat dann die Kommission als begründetes Gutachten dem Direktor der Sanitäts- und Fürsorgeverwaltung zu unterbreiten.

Erst der Direktor der Sanitäts- und Fürsorgeverwaltung trifft die endgültige Anordnung darüber, ob eine Sterilisation oder ein Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen ist oder nicht (§ 8). Ist der Direktor der Ansicht, daß einige wesentliche Umstände nicht oder nicht mit der erforderlichen Vollständigkeit geklärt sind, so kann er die Sache an die Bezirkskommission zur erneuten Beratung zurück-

Digitized by Google

verweisen. Hält er die Angaben für ausreichend, so entscheidet er die Frage. Eine abschlägig entschiedene Sache darf nur dann wiederaufgenommen werden, wenn gewichtige Umstände zutage getreten sind, die vorher nicht bekannt waren.

Dem Betroffenen sind schon erhebliche Rechtsgarantien in dem wirksam gestalteten Kommissionsverfahren gegeben, das eine objektive und eingehende Behandlung jedes Falles gewährleistet. An besonderen Rechtsgarantien des Betroffenen sieht das Sterilisationsgesetz noch vor: Die Kommission ist verpflichtet, die vom Beteiligten vorgelegten Beweise zu erwägen und auf seinen Antrag von ihm beigebrachte Zeugen und Sachverständige zu vernehmen; ein Absehen hiervon bedarf besonderer Begründung (§ 5 Z. 3). Vor Stellung des Antrags oder Gesuchs ist der betreffende Erbkranke von einem Arzt über die Umstände und den Zweck der Unfruchtbarmachung oder Schwangerschaftsunterbrechung sowie über die Folgen der Operation aufzuklären. Gegen eine zustimmende Entscheidung des Direktors der Sanitäts- und Fürsorgeverwaltung kann der Betroffene innerhalb eines Monats nach Erlaß der Entscheidung Berufung beim Staatsgericht einlegen; dieses hat alle eine Schwangerschaftsunterbrechung betreffenden Sachen in einem Monat zu erledigen (§ 9). Geschützt in seinen Rechten wird der Betroffene noch durch die Vorschrift des § 15, wonach das die Frage der Sterilisation und der Schwangerschaftsunterbrechung betreffende Material und das gesamte Verfahren geheim sind.

Eine rechtskräftig gewordene Anordnung des Direktors der Sanitäts- und Fürsorgeverwaltung wird auf Verfügung des Vorsitzenden der zuständigen Bezirkskommission zwangsweise durchgeführt; leistet die betroffene Person der Ladung keine Folge, so kann sie mit Hilfe der Polizei zur Gestellung gezwungen werden (§ 10). Die angeordnete Maßnahme wird in Heilanstalten, die vom Direktor besonders dafür bestimmt sind, ausgeführt (§ 11). Ärzte, die die Operation beantragt oder die an der Bezirkskommissionssitzung teilgenommen haben, dürfen sie nicht vornehmen. Über die ausgeführte Operation ist in 7 Tagen von dem betreffenden Direktor der Heilanstalt eine entsprechende Niederschrift dem Direktor der Sanitäts- und Fürsorgeverwaltung vorzulegen (§ 12).

Das Sterilisationsverfahren, d. h. das Verfahren vor der Bezirkskommission, ist von Gerichtsgebühren, Stempelsteuern und Kanzleiabgaben befreit (§ 5 Z. 7). Die Kosten der Operation trägt dann, wenn diese auf Antrag einer Person genehmigt wird, diese, in allen Zwangsfällen die Staatskasse (§ 13). Die den Eingriff ausführenden Ärzte sowie die Kommissionsmitglieder erhalten für ihre Tätigkeit eine besondere Vergütung (§ 14).

Soweit die wichtigsten Bestimmungen des estnischen Sterilisationsgesetzes. Vollkommen neu, im Vergleich zu allen bisher er-

Digitized by Google

gangenen Regelungen dieser Frage, ist die hier vorgesehene Möglichkeit, einen Schwangerschaftsabbruch aus Erbgesundheitsgründen zwangsweise vornehmen zu lassen (bekanntlich ist auch nach dem Gesetz zur Änderung des Erbkrankengesetzes vom 26. 6. 1935 sowie nach dem bisher in Waadt, Lettland, Kuba und Rumänien erlassenen Vorschriften dazu Einwilligung der schwangeren Frau erforderlich). Neu, im Vergleich zu allen bisher erlassenen auswärtigen Erbkrankengesetzen, ist das Vorsehen erheblicher Rechtsgarantien für den Betroffenen, die wir in sonstigen ausländischen Regelungen nicht oder nur unvollkommen antreffen. Wie die kurze Übersicht gezeigt haben wird, handelt es sich bei dem neuen estnischen Sterilisationsgesetz um einen der erfreulichsten Fortschritte in der auswärtigen Erbgesundheitspolitik, um eine ausgeglichene und erfolgversprechende bevölkerungspolitische Gesetzesleistung, die alle Anerkennung verdient[2]).

[2]) Der Vollständigkeit halber sei hier noch darauf hingewiesen, daß Estland seit Jahren bereits ein erbgesundheitliches Eheverbotsgesetz besitzt. Nach dem estnischen Ehestandsgesetz vom 27. 10. 1922 dürfen keine Ehe schließen: unheilbar Geisteskranke, Epileptiker in schwerer Form, überhaupt Personen, die sich über den Charakter und die Bedeutung ihres Tuns keine Rechenschaft zu geben vermögen oder die ihre Handlungen nicht bestimmen können, Aussätzige sowie Geschlechtskranke im Stadium der Ansteckungsmöglichkeit.

Digitized by Google

(Aus den Thür. Landesheilanstalten Stadtroda.)

Über Schizophrenie im Kindesalter.

Von

F. Jung.

(Mit 3 Abbildungen)

Infeld und *Thomsen* haben mit ihrer Behauptung, daß es im Kindesalter keine Schizophrenie gibt, sicher unrecht. Unter den Fällen, die *Infeld* als Kinderpsychosen beschreibt, befinden sich wohl sogar einige Fälle von Hebephrenie und Katatonie. Schon *Kahlbaum* bemerkt, daß die Katatonie in jedem Alter, »sogar schon in der Kindheit«, einsetzen kann. In neuester Zeit hat *G. Berlin-Beck* bei einem Material von 143 Fällen aus der Leipziger Klinik in 7 Fällen (= 4,8%) den Beginn der Schizophrenie im Alter von 10 bis 15 Jahren feststellen können. Von zahlreichen Autoren wird jedoch die Seltenheit der Schizophrenie im Kindesalter betont, so von *H. W. Maier* in einem Vortrag in der Gesellschaft für Heilpädagogik und von *Villinger* in einer Diskussionsbemerkung zu diesem Vortrage.

Dies mag die Vermehrung der Kasuistik um 3 Fälle rechtfertigen.

Die meisten Autoren betonen auch die Schwierigkeiten der Diagnose und Differentialdiagnose. Jeder, der länger und eingehend mit Kindern und Jugendlichen zu tun gehabt hat, wird dies bestätigen können.

Außerordentlich instruktiv sind hierfür katamnestische Untersuchungen, die *Seelig* über die in den Jahren 1904 bis 1922 in die *Kraepelin*sche Klinik aufgenommenen und als Dementia praecox diagnostizierten jugendlichen Patienten (bis 14 Jahre) vorgenommen hat. Von den 30 Knaben und 17 Mädchen bis zum vollendeten 14. Lebensjahre, die in diesem Zeitraume unter der Diagnose »Dementia praecox« zur Aufnahme gelangten, wurde an Dementia praecocissima gedacht in 8, an die Möglichkeit in 2 Fällen, an Dementia praecox in 21, an die Möglichkeit in 16 Fällen. 9 Patienten waren inzwischen verstorben, so daß eine Nachprüfung nicht möglich war. Von dem Reste ließ sich nur in 4 Fällen die Diagnose Schizophrenie aufrecht erhalten, in 4 anderen Fällen war die Möglichkeit, daß eine Schizophrenie vorlag, nicht ganz von der Hand

Digitized by Google

zu weisen. In 8 Fällen handelte es sich um Encephalitis lethargica. In den übrigen Fällen waren Schwachsinn, auch auf organischer Grundlage, Epilepsie, Psychopathie mit psychotischen Reaktionen und Debilität mit episodischen Psychosen als endgültige Diagnose näherliegend. Überraschenderweise waren gerade bei den Fällen, die sich als sichere Schizophrenien entpuppten, zuerst andere Diagnosen gestellt worden.

Schwab verlangt ja, daß sich die typische psychotische Veränderung von der prämorbiden Verfassung (auch des schizoiden Psychopathen: unkindliche Erlebniswelt, mangelnde Anpassungsfähigkeit an die Umgebung und Fehlen der psychästhetischen Proportion) absondern lassen müsse. Das wird aber häufig ein frommer Wunsch bleiben. Gerade die Präpubertät und die Pubertät sind revolutionäre Epochen in der psychophysischen Gesamtentwicklung des Individuums, die schon normalerweise nicht immer glatt und reibungslos, sondern oft außerordentlich kritisch verlaufen; man ist oft versucht zu sagen, daß solche Persönlichkeiten am Rande einer Schizophrenie dahinleben; und erst die weitere Entwicklung oder auch ein akut auftretender katatoner Schub sichern die Diagnose.

Meggendorfer hat unter der Bezeichnung »Parathymie« Fälle mit starker indirekter schizophrener Belastung beschrieben, die einen deutlichen Knick in der Persönlichkeitsentwicklung zeigten, meist in der Pubertät. Er fand vor allem eine Veränderung des Gefühls- und Gemütslebens in Form einer starken Verödung und einer ausgesprochenen gesellschaftsfeindlichen Einstellung. Wohl mit Recht zählt er diese Fälle zur Hebephrenie.

Daß auch die Encephalitis lethargica differentialdiagnostische Schwierigkeiten machen kann, geht schon aus den Erhebungen *Seeligs* hervor. Auch ein Fall, den *Sante de Sanctis* als Dementia praecocissima catatonica beschrieben hat, ist wohl eher als Encephalitis lethargica anzusprechen, denn als eine Schizophrenie.

Über die prämorbide Struktur des Schizophrenen besteht noch keine Einigkeit. In letzter Zeit hat *Gruhle* ohne jede typisierende Voreingenommenheit rein empirisch diese Frage wieder einmal aufgegriffen und gefunden, daß in der präpsychotischen Persönlichkeit Schizophrener die Häufigkeit der Eigenschaften: schüchtern, einsam, schwernehmend hervorspringt. Doch bleibt der prozentuale Anteil der Schizophrenie an den umweltfeindlichen Charaktertypen noch immer recht gering. *Gruhle* vertritt auch den alten Gedanken *Kraepelins*, daß die abnorme präpsychotische Persönlichkeit des Schizophrenen in vielen Fällen bereits die schleichende hebephrene Persönlichkeitsumwandlung darstelle.

Dies ist natürlich etwas ganz anderes, als die Anschauung von *Kretschmer*, der ja die schizothyme Persönlichkeit in seinem Be-

Digitized by Google

griff der »psychästhetischen Proportion« einfangen zu können glaubt, daß »die Psychosen nichts anderes als pointierte Zuspitzungen normaler Temperamentstypen« sind, eine Anschauung, die bereits *Bleuler* geäußert hat. Der Unterschied zwischen einer schizoiden, ja bereits zwischen einer schizothymen, also noch völlig im Rahmen der Norm stehenden Persönlichkeit und einem Schizophrenen wäre danach kein qualitativer, sondern ein rein quantitativer, gradueller. Faßt man den Kern dessen, was wir heute Schizophrenie nennen, als eine einheitliche Erkrankung, »und zwar als eine endogene, organisch bzw. toxisch bedingte Geisteskrankheit unbekannten Ursprungs« (*Wilmanns*) auf, so muß man *Kretschmers* Anschauung ablehnen. Auch erbbiologische Untersuchungen wären, wenn man sich diesen Standpunkt *Kretschmers* rigoros zu eigen machte, irrelevant; denn welchen Nutzen sollen erbbiologische Untersuchungen in einem Erbkreis haben, der vom Psychotischen bis weit ins Normalseelische reicht, der, will man in der Kritik so rigoros wie *Bumke* sein, überhaupt das gesamte Normalseelische mit einschließt? Es sei in diesem Zusammenhang an die Worte *Jaspers* erinnert: »Es scheint bei ihm (*Kretschmer*, Verf.) und anderen der Sinn verloren gegangen zu sein für den abgründigen Unterschied zwischen Persönlichkeit und Prozeßpsychose. Letztere erscheint nur wie ein Gipfel der Persönlichkeitsentwicklung an den Knotenpunkten von Erbzusammenhängen. Damit wären die verschwommensten Vorstellungen wieder erlaubt.« (Allgem. Psychopathologie, 3. Aufl., S. 357, Anm. 1.)

Kraepelin hat die Ansicht vertreten, daß es sich bei den Idioten mit katatonen Bewegungserscheinungen um Schizophrenien handelt, die in frühester Jugend zum Ausbruch gekommen sind. *Weygandt* hat sich, u. E. mit Recht, gegen diese Ansicht gewandt und vor einer Überschätzung »katatoner« Symtome in der Diagnostik der Schizophrenie gewarnt. Er hat besonders auch darauf hingewiesen, daß solche Symptome auch in gewissen Phasen der kindlichen Entwicklung ganz normaler Persönlichkeiten auftreten und in diesem Falle keinerlei pathologische Bedeutung haben. Auch *Homburger*, einer der besten Kenner der menschlichen Motorik und ihrer Entwicklung, hat die Ansicht *Kraepelins* abgelehnt.

Kraepelin ist noch weiter gegangen und hat angenommen, daß der Schwachsinn bei der Pfropfschizophrenie ein erworbener Schwachsinn sei, nämlich der Ausdruck eines in frühester Jugend durchgemachten schizophrenen Schubes. Hiergegen sind verschiedene gewichtige Einwände zu machen. Es ist zwar *Neustadt* zuzugeben, daß schlechte Schulleistungen bei später manifest schizophren Erkrankten noch nicht der Beweis eines Intelligenzdefektes sind, sondern sich auf prämorbide Persönlichkeitsabweichungen oder auf Erlahmung des Interesses und der Initiative im schleichen-

Digitized by Google

den Beginn der schizophrenen Psychose zurückführen lassen. Aber diese schizophrene »Demenz« hat nichts zu tun mit dem Defekt der formalen Intelligenz beim angeborenen Schwachsinn oder bei der organischen Demenz. Es handelt sich vielmehr bei der schizophrenen Demenz, was schon *Bleuler* klar zum Ausdruck gebracht hat, um eine Abschwächung oder einen Verlust des Interesses, der Spontaneität und eine Abstumpfung der Affektivität. *Berze* spricht von einer Erstarrung der Persönlichkeit, einem Aktualisierungsdefekt. Auch *Mayer-Groß* vertritt in seiner großen Bearbeitung der Klinik der Schizophrenie diese Ansicht. Die ganze Frage der Propfschizophrenie scheint durch die erbbiologischen Erhebungen in den Sippschaften der Propfschizophrenen der Baseler Klinik (85 Ausgangsfälle) von *Brugger* zu einer Lösung gebracht worden zu sein: Er konnte nachweisen, daß der initiale Schwachsinn der Propfschizophrenen ein erbliches Merkmal für sich und das Zusammentreffen von Schwachsinn und Schizophrenie rein zufallsmäßig ist.

1909 hat *Heller* als Dementia infantilis erstmalig eigentümliche Verblödungsprozesse beschrieben, die bei bis dahin völlig gesunden und sich normal entwickelnden Kindern im Alter von 3—4 Jahren einsetzen. Es kommt zu einer plötzlichen Veränderung: motorische Unruhe, manchmal schweren Grades, fortschreitende Sprachstörung organischer Natur mit schließlichem völligen Sprachverlust, schwere Demenz. Auffällig ist das Erhaltenbleiben eines intelligenten Gesichtsausdruckes, der Aufmerksamkeit und der Äußerungsmöglichkeit von Freude und Schmerz.

Etwa zur gleichen Zeit hat *Sante de Sanctis* seine Dementia praecocissima beschrieben. *Sante de Sanctis* sagt selbst, daß die Benennung nur provisorisch sei, die Symptome seien denen der Dementia praecox nur analog. Die von ihm beschriebenen Fälle stellen sicherlich keine Einheit dar; wie ich schon erwähnte, handelt es sich bei einem von ihm beschriebenen Fall wohl um eine Encephalitis lethargica. Sicherlich befinden sich darunter aber zweifelsfrei kindliche Schizophrenien. Er trennt auch katatone Bilder mit verhältnismäßig guter von hebephrenen mit schlechter Prognose. In einer 1909 erschienenen Arbeit stellt er 5 verschiedene Gruppen auf, von denen er selbst sagt, daß sie höchstwahrscheinlich zu keiner einheitlichen Krankheit gehören.

Später haben sich besonders italienische Autoren, *Ciampi, Corberi, Costantini, Modena, Mondio, Montesano*, aber auch österreichische und deutsche, *Zappert, Weygandt*, um die Klärung des Krankheitsbildes der Dementia praecocissima und ihre Abgrenzung von der Dementia praecox und Dementia infantilis bemüht.

Corberi rechnet die Dementia praecocissima zur Dementia praecox. Er hat auch nachdrücklich auf das Krankheitsbild der Phrenasthenia aparetico-aphasica tardiva hingewiesen, das *Sante de*

Digitized by Google

Sanctis schon früher beschrieben und auf einen sklerosierenden Hirnprozeß zurückgeführt hatte. Nach *Corberi* setzt dies Leiden gewöhnlich auch etwa im 4. Lebensjahre bei vorher völlig gesunden Kindern ein und führt unter Erregungszuständen und stufenweisem Verlust der Sprache zu einer hochgradigen Demenz, noch hochgradiger als bei Dementia infantilis, mit mangelnder Aufmerksamkeit. Ausnahmsweise treten im Verlaufe Krampferscheinungen und allgemeine Hypertonie, sonst aber keinerlei neurologische Symptome auf. *Corberi* trennt die Phrenasthenia aparetico-aphasica tardiva, im Gegensatz zu *Heller*, streng von der Dementia infantilis, die er beide unter dem Namen Regressio mentis infanto juvenilis zusammenfaßt.

Corberi berichtet, daß er in einem jahrelang beobachteten Falle mittels Gehirnpunktion und späterer Autopsie eine akute diffuse lipoide Neurolyse im Sinne der Zellveränderungen bei der amaurotischen Idiotie gefunden hat. Später hat er in zwei weiteren Fällen (Brüder) durch Hirnpunktion Zellveränderungen, die denen bei der amaurotischen Idiotie sehr verwandt sind, gefunden. *Weygandt* ist der Ansicht, daß *Corberi* hier wohl atypische Fälle der amaurotischen Idiotie beschrieben habe. *Weygandt* fand in einem Falle von Dementia infantilis durch Hirnpunktion schwer veränderte Ganglienzellen, Fehlen der *Nißl*-Schollen, *Nißl*-Substanz körnig zerfallen oder geballt, Zelleib vakuolisiert, Spitzenfortsatz korkzieherartig geschlängelt, Glia leicht progressiv verändert, überall große helle Kerne, in Gruppen an Rasenbildung erinnernd, keine Entzündung, erhaltene Schichtung. Weitere anatomische Befunde habe ich in der Literatur nicht finden können. Eingehende histologische Untersuchungen an einem größeren Material sind aber zur Klärung unbedingt erforderlich.

Das klinische Bild der kindlichen Schizophrenie weicht wenig oder kaum von dem bei Erwachsenen ab. Paranoide Erkrankungen sind allerdings selten. *Weichbrodt* hat zwei Fälle beschrieben, einen ausführlich *Homburger* mitgeteilt. Dies mag darauf zurückzuführen sein, daß das Kind naiver und unbefangener der Umwelt gegenüber steht, daß es noch unkomplizierter denkt, sich überhaupt noch nicht so stark und unbedingt von der Umwelt differenziert hat. Treten aber Wahnbildungen auf, so unterscheiden sie sich nicht von den Wahnerlebnissen der erwachsenen Schizophrenen.

Die ersten Symptome liegen wohl fast stets auf dem Boden der Affektivität und des Gefühlslebens. Es kommt zu einer Herabsetzung der gemütlichen und gefühlsmäßigen Ansprechbarkeit oder zu einer ambivalenten Einstellung zur Umgebung. Hinzu tritt ein gerade im Beginn der Psychose starkes Krankheitsgefühl, das seinerseits wieder zu einer weinerlichen, klagsamen, mißlaunigen Verstimmung führt. Diese Krankheitszeichen werden nicht selten

Digitized by Google

falsch gedeutet. Besonders hier liegt, worauf wir schon hinwiesen, die Schwierigkeit der Differentialdiagnose gegenüber den Störungen der Präpubertät und Pubertät. Bleiben aber diese Symptome konstant, kommt nicht doch immer wieder das Natürliche, Frische, die Fähigkeit zu ernster, klarer Einstellung der gesunden, kindlichen und pubertierenden Persönlichkeit zum Durchbruch, dann wirken sie doch schließlich alarmierend. In einem Falle (Fall 3) beobachteten wir auch den Beginn mit einer typischen primären schizophrenen Ichstörung. Diese kindlichen Schizophrenen wirken dann auch nicht selten altklug, gequält und zergrübelt. Treten dann Zerfahrenheit, Denkstörungen hinzu, so erweist sich, daß hinter alledem nichts steckt, als lediglich eine Erlahmung der Initiative und der Spontaneität. Der weitere Verlauf, das allmähliche Versanden, bringt dann endgültig Klarheit über das Leiden.

Wohl ebenso häufig ist der Beginn in Form eines akuten katatonen Erregungszustandes, der nach mehr oder weniger langer Dauer abklingen, aber natürlich jederzeit wieder aufflackern kann. In den Remissionen tritt oft zutage, daß meist schon der erste Schub einen Defekt gesetzt hat, der nach jedem Schube größer und deutlicher wird. Wirklich gute Remissionen sind, nach den meisten mitgeteilten Erfahrungen, selten. Und es ist ja auch ohne weiteres einleuchtend, daß eine solche Katastrophe, wie sie die schizophrene Erkrankung darstellt, eine in der Entwicklung begriffene, noch nicht ausgereifte Persönlichkeit viel schwerer und nachhaltiger trifft, als eine schon gefestigte und fertige. Die Prognose ist ungünstig, die Fälle, die als »geheilt« bezeichnet werden, treten an Zahl hinter die mit unvollständigen Remissionen oder Übergang in chronische Psychosen zurück. Die Gefahr des Rezidivs besteht ja in jedem Falle, auch in dem mit bester Remission. Mit Recht sagt Homburger: »Man hat Grund zu bezweifeln, daß eine kindliche Schizophrenie sich auf einen einzigen akuten Schub beschränkt und dann in endgültige Genesung übergeht.«

Fall 1. M. Sch., geb. 18. 7. 1922.

Der Vater (2) der Patientin (1), der von Jugend auf als absonderlich galt, schon als Kind zurückgezogen lebte und »sich alles sehr zu Herzen nahm«,

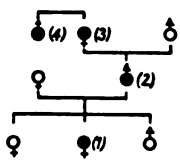


Abb. 1.

soll als Kind einen ähnlichen Zustand wie Pat. gehabt haben, machte bei uns mit 24 Jahren einen schizophrenen Schub durch. Er starb mit 38 Jahren an

Digitized by Google

einer tuberkulösen Meningitis. Seine Mutter (3) soll schon als junges Mädchen »nicht normal« gewesen sein, kam mit 37 Jahren in die Menopause, wollte dann noch einmal heiraten, was von den Kindern verhindert wurde, und soll Erregungszustände gehabt haben, in denen sie »in der Stube rum kollerte«. Ein Bruder (4) der Großmutter der Pat. hat Selbstmord begangen. Zwei Geschwister der Patientin, eine Schwester von 15 und ein Bruder von 6 Jahren, sind unauffällig.

Patientin selbst ist normal geboren und lernte rechtzeitig laufen und sprechen. Krämpfe, Einnässen über die Zeit hinaus wurden nicht beobachtet. Sie machte Scharlach durch, war sonst nicht ernstlich krank. Rechtzeitig in die Volksschule eingeschult, blieb sie nach dem 3. Schuljahre sitzen, weil sie im Rechnen nicht gehörig mitkam. Sie half der Mutter im Haushalt mit, spielte gelegentlich mit Kameradinnen, war aber am liebsten für sich allein.

Am 6. 12. 1933 zeigte sie sich, nachdem sie in der Schule wegen ihrer schlechten Rechenleistungen getadelt worden war, seelisch verändert. Sie stand reglos da, »simulierte«, weinte und sprach leise in leierndem Tone vor sich hin. Sie war ängstlich, aß nichts, schlief aber nachts. Am folgenden Tage war sie wieder ängstlich, fand keine Ruhe, weinte und jammerte, nahm nur Wasser zu sich, verweigerte jede andere Nahrung, offenbar aus Angst, vergiftet zu werden (»was habt ihr nur hineingetan?«). Am Abend steigerte sich die Ängstlichkeit, es mußte das Licht brennen bleiben, bis sie schlief, sie halluzinierte offenbar, sagte: »Es steht jemand draußen, der will mich holen.«

Die Ängstlichkeit und Unruhe steigerten sich derart, daß der Hausarzt die Überführung zu uns veranlaßte.

Patientin ist ein dem Alter entsprechend kräftig entwickeltes Mädchen, an dem noch keine Zeichen der Geschlechtsreife zu bemerken sind. Die Menarche ist auch noch nicht eingetreten. Auffallend ist eine sehr hochgradige Akrozyanose. Sonst bietet der körperliche Befund nichts Besonderes, auch neurologisch findet sich, eine spurweise Differenz im Kniephänomen zugunsten der li. Seite ausgenommen, keine Abweichung von der Norm. WaR. (Blut) negativ.

Patientin war bei der Aufnahme am 9. 12. 1933 sehr unruhig und ängstlich. Sie kam zuerst auf die Kinderabteilung. Sie klammerte sich an ihre Mutter an, dauernd jammernd: »Ihr habt mich fortgeschafft! Wo gehst Du hin? Mama, komm her!« Als die Mutter fortgegangen war, suchte sie sie überall, sogar hinter Türen und Schränken, lief ruhelos mit rastlos-ängstlich-gequältem Gesichtsausdruck umher, versuchte zu entweichen, antwortete auf keine Frage, biß und kratzte, wenn man sie anfassen wollte. Ab und zu lauschte sie plötzlich auf und horchte in die Ecken.

Auf der geschlossenen Abteilung, wohin sie sofort verlegt werden mußte, bot sie anfangs das gleiche Bild. Sie war sehr ängstlich und unruhig, verließ dauernd das Bett, verlangte immer zu trinken. Nahrung verweigerte sie, mußte mit der Sonde gefüttert werden, erbrach aber immer wieder, so daß Nährklysmen angewandt werden mußten. Sie jammerte immer wieder: Sie tun mir was rein! Ich werde fortgeschafft, Mama! In den folgenden Tagen zeigte sich keinerlei Änderung. Sie war im gleichen Maße ratlos-ängstlich erregt, nahm nur ab und zu etwas Milch zu sich, verweigerte im übrigen jede Nahrung, obwohl sie ständig über Hunger und Durst klagte, schlug nach den Pflegerinnen, verkannte auch Personen. Bei einem Besuche der Mutter am 15. 12. war sie etwas ruhiger, wurde aber sofort nach ihrem Weggange wieder

Digitized by Google

erregt, schrie fortgesetzt: Mama, nun werd ich fortgeschafft! Gelegentlich wurde sie mitten in der Erregung ganz still, saß lauschend da, starrte auf einen Fleck, nickte grimassierend dazu. Beruhigungsmittel waren ohne wesentlichen Erfolg, der Nachtschlaf war wechselnd, oft bestand auch in der Nacht starke Unruhe. Bis Ende Dezember war keine Änderung im Zustande zu konstatieren. Sie war auch häufig unsauber mit Stuhl und Urin. Auf Mecon wurde sie eine Spur freier, gab auch einige Auskunft: Sie glaubte sich in der Schule zu befinden, fürchtete, fortgeschafft zu werden, weil sie schlecht gerechnet hätte; dies hätte der Lehrer gesagt. Dabei lächelte sie oft eigentümlich, grimassierte auch auffällig. Dazwischen jammerte sie immer wieder, war sehr ängstlich erregt, verkannte Personen.

Auch im Januar 1934 änderte sich ihr Verhalten so gut wie gar nicht. Sie war noch immer sehr unruhig, besonders auch nachts, jammerte und weinte viel, lief ratlos umher, verlangte nach ihrer Mutter, hielt Vorübergehende, die sie für ihre Mutter hielt, an, um gleich darauf zu sagen: Ach, du bist ja doch nicht die richtige Mama! Dann saß sie wieder, ganz in sich versunken, stundenlang regungslos mit gesenktem Kopfe da. Im ganzen war sie kaum ansprechbar, meist reagierte sie nur mit Grimassen. Verschiedentlich gab sie zu, Stimmen zu hören. Näheres war aber nie zu erfahren. Auch bei Besuchen war sie sehr verschlossen, erkundigte sich aber nach den Angehörigen. Ihr Haltungs- und Bewegungsgesamt hatte immer einen ausgesprochen starren, automatenhaften Charakter. Immer wieder war sie unsauber mit ihren Körperausscheidungen. Auch die Nahrungsaufnahme ließ immer wieder zu wünschen übrig.

Ende Februar wurde sie etwas freier, versank aber immer wieder für Zeiten in einen stuporösen Zustand, war auch im allgemeinen noch sehr scheu.

Im Monat März wurde sie zusehends freier, gesprächiger und heiterer. Sie besorgte sich selbst, spielte mit anderen jugendlichen Patientinnen, beschäftigte sich etwas, war auch nicht mehr unsauber. Sie zeigte allmählich ein kaum noch auffälliges Verhalten, ging in Begleitung spazieren, aß auch sehr gut, beschäftigte sich unter Anleitung mit Schulaufgaben, drängte auf ihre Entlassung. Auch die Akrozyanose ging, unter Behandlung mit Padutin, zurück. Eine in dieser Zeit vorgenommene Intelligenzprüfung ergab nichts Besonderes, ein Schwachsinn war nicht nachweisbar. Über ihre Psychose gab sie gar nichts heraus. Am 8. 4. 1934 konnte sie als gebessert nach Hause entlassen werden.

Zu Hause war sie noch eine Zeitlang auffällig, sie war, ganz im Gegensatz zu früher, leicht reizbar, vorlaut und schnippisch. Vom Schulbesuch mußte sie noch etwa $^1/_4$ Jahr zurückbleiben.

Bei einem kürzlich im Sommer vorgenommenen Besuche war sie freundlich, zutraulich, bot in ihrem ganzen Verhalten nichts Auffälliges mehr. Die Mutter berichtete, daß sie jetzt wieder gern die Schule besucht, auch, nachdem sie das Versäumte mit Hilfe nachgeholt hat, ganz gut mitkommt, zu Hause in der Wirtschaft etwas mithilft und sich gegen früher gar nicht mehr unterscheidet.

Zusammenfassung: Die erblich belastete Patientin, die früher außer einem gewissen Hang zum Alleinsein nichts Auffälliges bot, erkrankt mit etwa $11^1/_2$ Jahren, im Anschluß an eine an sich geringfügige Maßregelung in der Schule, wie sie zu den Alltäglich-

Digitized by Google

keiten gehört, mit einem ängstlich-ratlosen Erregungszustand, Halluzinationen, vorwiegend des Gehörs und gelegentlich aufschließenden paranoiden (Vergiftungs-) Ideen. In der Folgezeit wechseln Stupor und Erregung miteinander ab. Nach etwa 1/4jährigem Bestehen klingt die Psychose allmählich ab. Die Psychose gehört zweifellos in den schizophrenen Kreis. Ob und wie lange die an sich gute Remission anhält, bleibt abzuwarten.

Fall 2. H. B., geb. 9. 3. 1921.

Der Patient (1) ist unehelich geboren. Über die Familie des Vaters ist nichts Näheres bekannt; dieser selbst (2) soll immer »sehr aufgeregt und nervös« gewesen sein, was aus ihm geworden ist, wissen wir nicht. Die Mutter (3) des Patienten ist leicht angeboren schwachsinnig und leidet an einer Schizophrenie, war mehrfach in geschlossener Anstaltsbehandlung und befindet sich jetzt in einem Kreispflegeheim. Sie hat bereits vorher 2 uneheliche Kinder, jedes von einem anderen Vater, geboren. Erstmalig wurde sie während der ersten Schwangerschaft psychotisch und anstaltsbedürftig. Ihre Mutter (4) soll leicht schwachsinnig sein. Ihr Vater (5) erkrankte mit 40 Jahren an Lähmungserscheinungen, die immer stärker wurden, geistig soll er bis zu seinem Tode normal gewesen sein. Ein Bruder (6) von ihm war in einer Irrenanstalt, ein Bruderssohn (7) soll es »mit den Nerven zu tun gehabt haben«; Näheres konnten wir leider nicht in Erfahrung bringen. Ein Bruder der Mutter des Patienten (8) (Kriegsteilnehmer) soll »nervenschwach und aufgeregt« sein. Ihr Großvater mütterlicherseits (9) litt ebenfalls an einer Schizophrenie, war mehrfach in geschlossener Anstaltsbehandlung und starb in einem Pflegeheim. Er soll sexuell außerordentlich triebhaft gewesen sein.

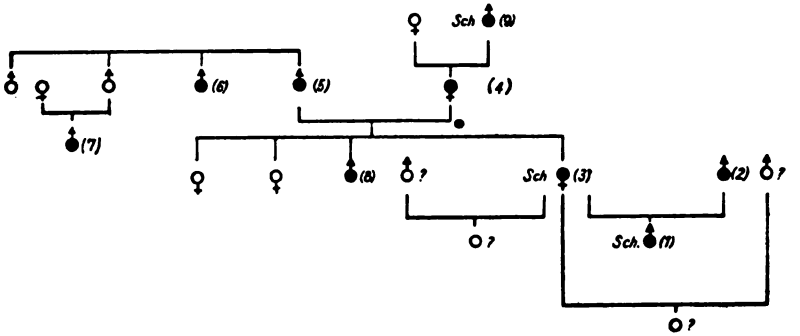


Abb. 2.

Patient wuchs bei seiner Großmutter mütterlichseits auf. Er entwickelte sich normal, fiel aber bald durch seine Unruhe auf, die sich derart steigerte, daß die Großmutter um seine anderweitige Unterbringung bat. In einem Kinderheim, worin er untergebracht wurde, war er gewalttätig, versuchte einmal, zwei Kinder zu erdrosseln. Ein psychiatrisches Gutachten empfahl Fürsorgeerziehung. Er kam daraufhin in unser Kinderheim.

Patient ist körperlich seinem Alter entsprechend entwickelt. Doch finden sich noch keine Zeichen der beginnenden Geschlechtsreife, das Genitale

Digitized by Google

ist noch ziemlich klein. Die inneren Organe, ebenso das Nervensystem, bieten nichts Krankhaftes. WaR. im Blute negativ. — Die intellektuelle Entwicklung entsprach anfangs seinem Alter, bei seiner Aufnahme in unser Beobachtungsheim im Alter von $4^1/_2$ Jahren erfüllte er die seinem Alter entsprechenden Aufgaben nach *Binet-Simon*. In der Anstaltsschule mußte er in der Mittelstufe der Schwachsinnigen unterrichtet werden, er zeigte starken Mangel an Konzentration und Aufmerksamkeit. Mai 1932 (11;2 Jahre alt) hatte er ein Intelligenzalter von 9, April 1933 (12 Jahre alt) von $9^4/_5$, November 1934 (13;8 Jahre alt) $9^1/_3$ Jahren.

Auch im Heim zeigte er sich von Anfang an unverträglich, schlug oder zwickte die anderen Kinder, störte ihre Spiele, neigte zu brutalen Tierquälereien. Er war außerordentlich stimmungslabil, neigte bei den geringsten Anlässen zu hemmungslosen zornmütigen Entladungen. In seinem Verhalten zur Umgebung war er völlig unberechenbar, einmal anhänglich und zutraulich, ein andermal widerspenstig, auflehnend, frech. Er hatte kaum Pflichtgefühl, keine Lust zu Hausarbeiten, war ohne Ausdauer und Geschick, nur bei Beschäftigungen, die ihm Spaß machten, z. B. Basteleien, waren seine Leistungen etwas besser. Er war sehr unwahrhaftig, leugnete alles bis zum letzten ab. Er stahl auch häufig Süßigkeiten. Seine Reizbarkeit steigerte sich immer mehr. Beim geringsten Tadel ward er oft maßlos erregt, wurde tätlich, schimpfte und brüllte. Beruhigungsmittel, Brom, Luminal, waren erfolglos.

Etwa seit Juli 1933 fand er sich fast ununterbrochen in einem Zustande hochgradiger reizbarer Verstimmung. Ermahnungen war er völlig unzugänglich, Isolierung oder feuchte Packungen erhöhten nur die Reizbarkeit. Am 16. 1. 1934 kam es, als er wieder einmal isoliert worden war, zu einem schweren Erregungszustand. Er nahm die Betten auseinander, biß ins Holz und in die Federbetten, turnte auf dem Fensterbrett umher. Als die Ärztin hinzukam, stand er mit verbissenem Gesichtsausdruck im Zimmer, kam keiner Aufforderung nach, beugte den Oberkörper stereotyp nach vorn und antwortete nur immer in leicht singendem Tone: Nein! Nein!, dabei ständig hin und her schaukelnd. Dann ward er plötzlich wieder erregt, ging aber dann ruhig mit dem Pfleger, der ihn auf die geschlossene Abteilung abholte, dorthin.

Auf der geschlossenen Abteilung zeigte er das gleiche Verhalten. Er neckte und ärgerte die anderen Patienten, suchte immer Händel, wurde leicht tätlich, seine Unruhe steigerte sich öfters zu schwersten Erregungszuständen, in denen er rücksichtslos gegen sich und seine Umgebung war. Auf der Höhe dieser oft unvermittelt einsetzenden Erregungszustände bot er nicht selten ein ausgesprochen katatones Bild: Er lief wie gehetzt und getrieben umher, zeigte einen ratlosen und gequälten Gesichtsausdruck, wälzte sich am Boden, schrie und schlug um sich, stand dann wieder mit starrem, abwesendem und leerem Blick in schlaffer Haltung da. Gelegentlich war aus ihm herauszubringen, daß er Stimmen hört, auch Männergestalten sieht, manchmal einen Feuerschein vor den Augen hat; doch waren immer nur Andeutungen von ihm zu erhalten. Er beteuerte oft, daß er sich zusammennehmen wollte, und bat, ins Heim zurückverlegt zu werden.

In der letzten Zeit sind die Erregungszustände etwas abgeebbt. Doch fängt er immer wieder, ganz unvermittelt und unmotiviert, mit den anderen Patienten, zumal den älteren, Streit an, er ist dabei ganz unbeherrscht und rücksichtslos. Er drängt jetzt bei Unterredungen immer wieder auf seine Entlassung, er möchte einen Beruf, am liebsten das Tischlerhandwerk, erlernen,

Digitized by Google

Geld verdienen und die Welt sehen. Er fängt auch gelegentlich an, zu weinen und Versprechungen zu machen. Doch wirkt er in seinem ganzen Verhalten ausgesprochen affektarm, zerfahren, beinahe leer und stumpf. Sinnestäuschungen werden jetzt in Abrede gestellt. Doch deutet die Art, wie er darüber spricht, zweifelsfrei darauf hin, daß ihm diese psychotischen Phänomene nicht unbekannt sind.

Zusammenfassung: Dieser Fall bietet insofern großes Interesse, als sich die schizophrene Psychose sozusagen unter unsern Augen entwickelte. Der erblich sehr stark belastete, von klein auf schwierige, asoziale, stimmungs- und affektlabile Patient wird im Januar 1934 derartig erregt, daß sein Verbleiben im Erziehungsheim unmöglich wird und er auf die geschlossene Abteilung verlegt werden muß. Schon dieser Erregungszustand zeigt deutliche katatone Züge, noch mehr die folgenden auf der geschlossenen Abteilung beobachteten, die denen, wie sie bei erwachsenen Schizophrenen auftreten, völlig gleichen. Zur Zeit treten keine Erregungszustände auf, doch neigt Patient immer wieder zu unbegründeten Angriffen auf seine Umgebung, wirkt im übrigen in seiner Zerfahrenheit, Affektarmut, und Leerheit ausgesprochen hebephren. Das Zurückbleiben in der intellektuellen Entwicklung ist wohl auf Kosten der immer stärker werdenden Störung der Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit und des schließlich einsetzenden schleichenden psychotischen Prozesses zu setzen.

Fall 3. H. Sch., geb. 29. 3. 1921.

Der Vater (2) des Patienten (1) war früher ein begabter und geschickter Handwerker, hat mehrere psychotische Krankheitsschübe und Halluzinationen durchgemacht und zeitweise stark getrunken, ist jetzt, wie der Hausarzt mitteilte, charakterlich stark verändert und sehr unzuverlässig (Schizophrenie?). Eine Schwester (3) des Patienten leidet, nach Mitteilung des Hausarztes, wahrscheinlich an einer Schizophrenie, die drei übrigen Schwestern ([4], [5], [6]) sind schizoide Psychopathen. Alle waren in der Schule sehr tüchtig. In der Aszendenz sowohl der väterlichen wie mütterlichen Linie sollen verschiedentlich Selbstmorde vorgekommen sein; genaueres war leider nicht festzustellen.

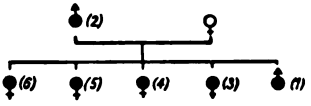


Abb. 3.

Patient, das 5. Kind, hat eine normale Geburt und frühe Kindheitsentwicklung durchgemacht. Er war an Masern und Diphtherie erkrankt. An Krämpfen hat er nicht gelitten. Er wurde rechtzeitig eingeschult und immer versetzt. Er war immer am liebsten für sich allein. Nach seiner Konfirmation begann er bei seinem Vater das Schlosserhandwerk zu erlernen.

Ende Juli 1935 erkrankte er an Blinddarmentzündung. Eine Operation wurde zunächst nicht vorgenommen. Er lag einige Zeit zu Bett, aß schlecht.

Digitized by Google

Als er wieder außer Bett war, ward er seelisch auffällig, menschenscheu, äußerte, die Leute sagten immer, er wäre doch immer krank, beschäftigte sich nicht mehr, zeigte eine deutlich gedrückte Stimmung; als die Mutter ihn nach dem Grunde fragte, antwortete er, er habe einen Sperling totgeschossen. Anfang September 1935 wurde die Appendektomie vorgenommen. Als ihn der Vater nach Hause holte, fiel er ihm durch sein Verhalten auf. Er weinte, war ängstlich, meinte, man wolle ihn holen, er sei derselbe Mann wie im Krankenhause, er sah Leute auf sich zukommen, die ihn holen wollten. Er brachte auch völlig unbegründete Selbstbeschuldigungen vor: er habe eine Zuckertüte genommen, jemanden schlecht gemacht, er sei ein elender, großer Sünder. Er lief zu Hause ruhelos umher, rieb sich dauernd die Hände, nahm keine Nahrung, roch an den Speisen, behauptete, man wolle ihn vergiften.

Ende September 1935 machte er einen Selbstmordversuch durch Erhängen. Er war bereits bewußtlos, als man ihn auffand. Erst nach einstündigen Wiederbelebungsversuchen begann er wieder zu atmen. Es bestand retrograde Amnesie für die Tat. Er besah sich ständig in einem Spiegel und fragte seine Mutter unter Hinweis auf den Strangulationsstreifen: »Ich habe mich wohl aufgehängt? Der alte Teufel hats mich geheißen.« Gegen Abend ward er immer unruhig, äußerte Furcht. Der Nachtschlaf fehlte ganz oder war sehr mangelhaft.

30. 10. 1935 Aufnahme.

Bei der Aufnahme war der Junge ruhig, geordnet, zugänglich und freundlich und gab bereitwillig Auskunft. Er habe »Geister« gesehen; wenn er abends eingeschlafen sei, seien immer Gestalten vor seine Augen gekommen, er habe auch Engel singen hören; die Gestalten hätten Flügel gehabt »wie auf Bildern«; auch einen Teufel habe er gesehen mit ganz hellen Augen — »wie Scheinwerfer blitzten die« — Haaren bis zu den Augen und einem Schwert. Der Teufel habe ihn am Hals gepackt, habe ihn gewürgt, so daß er Angst bekommen habe, und gesagt: »Wenn Du Dich nicht aufhängst, dann schlage ich Dich tot! Wenn Du Dich aufhängst, tue ich Dir nichts.« Da habe er sich aufgehängt. »Ich habe gedacht, ich muß es machen.«

Er habe im Traum auch immer Polizei vom Wagen springen sehen und geglaubt, es gelte ihm. Er habe auch Stimmen von fern, von hinten gehört, er wisse nicht, wer gesprochen habe, es sei mehr ein »Murmeln« gewesen. All dies habe er nur nachts erlebt, am Tage sei so etwas nicht vorgekommen. Zu der Medizin habe er kein Vertrauen gehabt, sie habe so rot ausgesehen, er habe gesagt, es sei Gift. An dem Essen habe er gerochen, weil er gedacht habe, es sei nicht richtig, es sei etwas darin. Er habe auch geglaubt, man mache ihn schlecht; wenn Leute zusammen standen, habe er gemeint, sie redeten über ihn. Man habe auch auf das Haus seines Vaters gezeigt. Es sei immer so komisch um ihn gewesen, er sei gleich erschrocken, wenn etwas geknackt habe. Die Leute im Dorf seien anders gewesen als sonst, sie seien immer so gut angezogen gewesen. Früher sei ihm dies nicht aufgefallen. Wenn die Mutter ein anderes Kleid angehabt oder die Haare anders gesteckt habe, habe er oft gemeint, es sei jemand anderes gewesen. Er habe gedacht, er sei anders geworden, er sehe alles mit anderen Augen an. Im Kino sei ihm oft unheimlich gewesen, er habe Angst gehabt.

Bis zum 15. 10. bot Pat. in seinem äußeren Verhalten und in seiner Stimmungslage nichts Auffälliges. Jetzt äußerte er, es komme ihm hier alles so fremd, so komisch vor, er kenne die Leute nicht mehr, es sei anders als wie zuerst, »es ist alles so komisch, ich kann mich da gar nicht ausdrücken.« Im

Digitized by Google

Kopfe drehe sich alles, es ziehe in der Stirn, er habe leichte Kopfschmerzen. Er übergab eine Zeichnung, die den Teufel darstellen soll, wie er ihn gesehen habe. Wenn jemand spreche, so müsse er ganz genau aufpassen, damit er es verstehe, es gehe ihm alles zu schnell. In der Nacht sei ihm gewesen, als ob jemand um ihn herum gewesen sei. Er habe Angst bekommen. Manchmal habe es so eigentümlich gepocht. Oft sei ein Murmeln dagewesen, er habe aber nichts verstehen können. Stimmen habe er nicht gehört. Auch äußerlich machte Pat. einen veränderten Eindruck, erschien nicht mehr so frisch wie bisher, sah »mitgenommen« aus; war ausgesprochen deprimiert, weinte und klagte immer wieder darüber, daß ihm alles »so komisch« sei. Einmal sagte er auch unter Tränen, die S. A. und H. J. seien aufgelöst worden. Es kamen auch immer wieder unbegründete Selbstvorwürfe — er habe zu Hause seiner Mutter nicht gefolgt — zum Vorschein.

Nachdem auf Opium eine vorübergehende Besserung aufgetreten war, ward er im Anfang November wieder ängstlich-depressiv, äußerte Beziehungs- und Vergiftungsideen. In der Folgeezit wechselte sein Zustand stark zwischen ängstlich-weinerlich-ratloser und zuversichtlicherer freier Stimmung.

Auf intellektuellem Gebiete zeigte Pat. keinerlei Ausfälle. Bemerkenswert ist, daß er auch auf der Höhe der Krankheitsschübe völlig orientiert war.

Körperlich bot Pat. einen noch kindlichen Habitus, keine Zeichen beginnender Pubertät. An den inneren Organen kein krankhafter Befund. Auch am Nervensystem, außer geringer Differenz des Knie- und Achillesphänomens zugunsten der rechten Seite, nichts Besonderes. WaR. im Blute negativ.

Zusammenffassung: Der bei der Aufnahme 13½jährige Pat. erkrankte im zeitlichen Zusammenhange mit einer Blinddarmentzündung, die eine Operation notwendig machte, an einer Psychose, die auf den ersten Blick wohl als psychogene Reaktion aufgefaßt werden könnte, sich aber durch die primäre schizophrene Ichstörung und die daraus resultierende schizophrene Grundstimmung, die sich schließlich in einem ernstgemeinten Selbstmordversuch entlädt, ohne weiteres als eine Schizophrenie erweist. Auch der weitere Verlauf der Psychose ist charakteristisch. Immer steht im Vordergrunde die Ichstörung, mit dem Veränderungsbewußtsein des eigenen Ichs und des Ichgehaltes des Wahrnehmungs-, Vorstellungs- und Denkvorganges. Daraus entspringt auch die Ratlosigkeit, die bei unserem Pat. auch immer wieder zum Vorschein kommt.

Wie die Mutter im Februar 1936 mitteilte, ist der Pat. zu Hause sehr unstät, bleibt bei keiner Beschäftigung, treibt sich umher, ist ablehnend und läßt immer wieder Selbstmordabsichten durchblicken.

Literatur.

Albert, Waldemar: Ein Fall von Katatonie im Kindesalter. Inaug.-Diss. Kiel 1907.

Auberg, E.: Psychose de l'enfance à forme de démence precoce. L'Encéphale 1910, Nr. 10. Ref. Neur. C. 1908.

—: Psychose de l'enfance à forme de démence précoce (Dementia praecocissima) L'Encéphale 5 (1910). Z. Neur. Ref. 2 (1911).

Digitized by Google

Behrends: Rusts Magazin Nr. XIV.

Beretezvide, Enrique, und *Fernando Pozzo:* Über einen Fall von ganz früher Dementia praecox. Arch. latino — americ. de pediatria Bd. 19 (1925). Z. Neur. Ref. 42 (1926).

Berkhan: Irresein bei Kindern. Korrespondenzblatt deutsche Gesellsch. f. Psychiat. 1863.

Berlin-Beck, Grete: Wann und wie beginnt die Dementia praecox? Inaug.-Diss. Leipzig 1922 (1923).

Bendix, Hugo: Über Kinderpsychosen mit besonderer Berücksichtigung ihrer Frequenz und Prognose. Inaug.-Diss. Rostock 1906.

Bloise, Nicolás Leone, und *Miguel A. Jáuregui:* Dementia praecox vor der Pubertät. Arch. latino — americ. de pediatria Bd. 19 (1925). Z. Neur. Ref. 44.

Brugger, Carl: Die erbbiologische Stellung der Pfropfschizophrenie. Z. Neur. 113 (1928).

Carezzano, Paolo: Un caso di »dementia praecocissima« auf tuberkulöser Grundlage. Note e riv. di psichiatr. 12 (1924). Z. Neur. Ref. 39 (1925).

Cazac-Averbuch: Un cas de démence précoce chez un enfant de neuf ans. Bull. Soz. Pédiatr. Jasi 2 (1931). Z. Neur. Ref. 61 (1932).

Ciampi, L.: Aparetisch-aphasischer Symptomenkomplex der postnatal entstandenen Phrenasthenia cerebropathica. Semana med. Jg. 28 (1921). Z. Neur. Ref. 25 (1921).

—: Riv. Ital. di Neuropat. Psichiatr. ed Elettroterapia (1919).

Corberi, G.: Dementia praecocissima, dementia infantilis, phrenasthenia aparetico, aphasica tardiva e stati psicopatici prepuberale transitori. Infancia anorm. 3 (1930). Z. Neur. Ref. 63 (1932).

—: Dementia praecocissima, Dementia infantilis, Phrenasthenia aparetico-aphasica tardiva und vorübergehende psychopathische Präpubertätszustände. Z. Kinderforschung 38 (1931).

Costantini: Due casi di dementia praecocissima. Riv. di path. nerv. e mentale 13 (1908).

—: Nuovo contributo allo studio clinico della demenza praecocissima. Riv. isper. di fren. 37 (1911).

Cramer: Über Jugendirresein. Allg. Z. Psychiatr. 62 (1905).

Danillo: Zur Lehre von der Geisteskrankheit im zweiten Kindesalter. Wjestnik psychiatrii. Jahrg. 9, H. 2. Ref. Allgem. Z. Psychiatr. 50 (1894).

Ehlers, Heinrich: Kasuistische Beiträge zu der Lehre von den Psychosen im Kindesalter und im Beginn der Pubertät. Inaug.-Diss. Leipzig 1901.

Ehrenwald, Hans: Periodisch rezidivierende Katatonie bei einem Knaben, ein Beitrag zur Pathologie der Dementia praecox. Arch. f. Psychiatr. 78 (1926).

Fust, H.: Über Schizophrenie im Kindesalter. Ein kritisches Referat. Mschr. f. Psychiatr. 74 (1931).

Filsani, G.: Sulla »dementia praecocissima«. Neurologica. Jg. 43 (1926). Z. Neur. Ref. 45 (1927).

Flemming: Diskussionsbemerkung zum Vortrage von Meschede. Allg. Z. Psychiatr. 30 (1874).

Friedmann: Über Nervosität und Psychosen des Kindes. M. M. W. 1892, Nr. 21.

Digitized by Google

Gakkebuš V. u. *R. Fundyler:* Kinderpsychoneurologie. Formen der kindlichen Schizophrenie. Sovrem. Psichonevr. 12 (1931), Z. Neur. Ref. 62 (1932).
Giacanelli, Viktor Hugo: Sopra un caso didemenza praecocissima. Ann. dell'-osp. psichiatr. prov., Perugia Jg. 18 (1924). Z. Neur. Ref. 44 (1926).
Gottgetreu: Beitrag zur Klinik der Kinderpsychosen. Allg. Z. Psychiatr. 62 (1905).
Gruhle, Hans W.: Die ursprüngliche Persönlichkeit schizophren Erkrankter. Vortr. D. V. Psych. 20. u. 21. 9. 1923. Allg. Z. Psychiatr. 80 (1925). (S. 269/70.)
Grünthal: Über Schizophrenie im Kindesalter. Mschr. f. Psychiatr. u. Neurologie, 46 (1919).
Güntz, Eduard Wilhelm: Der Wahnsinn der Schulkinder, eine neue Art der Seelenstörung. Allg. Z. Psychiatr. 16 (1859).
Hahn: Ein Fall von akuter Geisteskrankheit im Kindesalter. Ver. ostd. Irrenärzte, 55. Sitzung 2. 3. 1891. Allg. Z. Psychiatr. 48 (1892).
Hagemann, Hermann: Neuere Arbeiten über Geisteskrankheiten bei Kindern. Z. Neur. Ref. 3 (1911).
Halberstadt, G.: La demence precoce infantile. Rev. neurol. Jg. 33, Bd. 2, Nr. 3, 1926.
Horwitzórna, Kamilla: Die Schizophrenie im Kindesalter. Rocznik psychiatr. Jg. (1925). Z. Neur. Ref. 44 (1926).
Husler: Demonstration in der wissenschaftlichen Vereinigung am städtischen Krankenhaus Frankfurt a. M. M. M. W. 58 (1911).
Hecker, Ewald: Die Hebephrenie. Virchows Archiv 52 (1871).
Heller, Theodor: Über Dementia infantilis. Z. Kinderforschung 37, 1930.
—*:* Über Dementia infantilis (Verblödungsprozeß im Kindesalter). Z. jugendl. Schwachsinn. Bd. 2. 1909.
Higier, Heinrich: Klinik der selteneren frühinfantil erworbenen Demenzformen. Z. Neur. 88 (1924).
Hille, Willi: Schizophrene Erkrankungen im frühjugendlichen Alter. Inaug.-Diss. Bonn 1931.
Hollaender, P.: Démence précoce infantile. Thèse de Genève, 1911.
Homburger: Psychopathologie des Kindesalters. 1926.
Infeld: Beiträge zur Kenntnis der Kinderpsychosen. Jahrb. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. XXII (1902).
Kahlbaum: Die Katatonie oder das Spannungsirresein. 1874.
Kahn, E.: Die psychopathischen Persönlichkeiten. Bumkes Handbuch, Band V (1928).
—*:* Über psychopathische Verläufe. M. M. W. 73 (1926).
Kilp: Psychosen im kindlichen Alter. Allg. Z. Psychiatr. 31 (1874).
Knauer: Zur Lehre von den Psychosen mit Chorea. Mschr. f. Psychiatr. u. Neur. 1 (1897).
Köhler: Über kindliches Irresein. Irrenfreund. 20. Jg. (1878).
—*:* Über kindliches Irresein. Allg. Z. Psychiatr. 36 (1880).
Krafft-Ebing: Lehrbuch der Psychiatrie. (1879).
Kramer: Diskussionsbemerkung zum Vortrage von Meschede. Allg. Z. Psychiatr. 30 (1874).
Künkel, F. W.: Die Kindheitsentwicklung der Schizophrenen. Mschr. f. Psychiatr. u. Neur. 48 (1920).
Lange, Wilhelm: Die Dementia infantilis (Heller) in ihrer klinischen Bedeu-

Digitized by Google

tung und ihre differentialdiagnostische Abgrenzung gegen die hypokinetische Erkrankung (*Kramer-Pollnow*) sowie psychische Folgezustände nach postvaccinaler Encephalitis. Z. Kinderforsch. 41 (1933).

Luther: Die auf dem Boden der Idiotie und Imbezillität entstehenden Psychosen. Z. Neur. 16 (1913).

Lepel, Gerhard F.: Schizophrenie bei ehemaligen Muster-Schülern. Z. Neur. 112 (1928).

Löpfe (Burghölzli): Über kindliche Schizophrenien. Schweiz. Arch. Neur. 14 (1924).

Mucha: Ein Fall von Katatonie im Anschluß an die erste Menstruation. Neurol. Zbl. (1902).

Maier, H. W.: Beziehungen der Schizophrenie zum Kindesalter. Vortr. Ges. Heilpädag. Tl. 2 (1931).

Meggendorfer, F.: Klin. u. geneal. Untersuchungen über »Moral insanity«. Z. Neur. 65 (1921).

Meschede: Über Verfolgungswahnsinn im frühen Kindesalter. Ber. über die psychiatr. Section der Naturforschervers. zu Leipzig 1872. Allg. Z. Psychiatr. 30 (1874).

Meyer, E.: Die Ursache der Geisteskrankheiten. Jena 1907.

Modena: Frenastenia e dementia praecox. Annal. dil manicom. di Ancona 4/5 (1906/07).

Moeller, F.: Beitrag zur Lehre von dem im Kindesalter entstehenden Irresein. Arch. Psychiatr. 13 (1882).

Mondio, Enrico: Sulla demenza praecocissima. Ann. di neurol. Jg. 40 (1923). Z. Neur. Ref. 35 (1924).

Montesano, G.: Beitrag zum Studium der Dementia infantilis. Z. jugendl. Schwachsinn. Bd. 8. 1922.

Müller, Fritz: Über das Erkrankungsalter der Dementia praecox mit Berücksichtigung der erblichen Belastung. Allg. Z. Psychiatr. 81 (1925).

Neustadt, Rudolf: Die Psychosen der Schwachsinnigen. 1928.

Niedenthal, R.: Über Schizophrenie im Kindesalter. Allg. Z. Psychiatr. 98 (1932).

Oseretzky, N.: Zur Frage der katatonischen Anfälle bei Kindern. Mschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 61 (1926).

Plaskuda, W.: Über Dementia praecox auf dem Boden der Imbezilität. Allg. Z. Psychiatr. 67 (1910).

Pollack, Franz: Zur Auffassung der Schizophrenie, insbesondere der frühkindlichen. Med. Kl. 1930 II.

Pönitz: Karl: Beitrag zur Kenntnis der Frühkatatonie. Z. Neur. 20 (1913).

Potter, Howard W.: Schizophrenia in children. Amer. J. Psychiatry 12 (1933). Z. Neur. Ref. 69 (1933).

Raecke: Katatonie im Kindesalter. Arch. f. Psychiatr. 45 (1908).

Ranschburg, P.: Durch Wahnideen bedingter Vegetarismus — Selbstverhungerungsabsichten bei einem 10jährigen Knaben. Gyerme Kervos du Budapesti Orvosi Ujsag 1907. (Zitiert nach Haymann, Z. Neur. Ref. 3.)

Reich: Transitorisches Irresein bei Kindern. Berl. Kl. Wschr. 1881 Nr. 8.

Richmond, Winifred: The dementia praecox child. Amer. J. Psychiatry 11 (1932). Z. Neur. Ref. 65 (1933).

Rittershaus, E.: Frühsymptome der Dementia praecox. Z. jugendl. Schwachsinn. 5. Bd. 1912.

Digitized by Google

Rizor: Jugendirresein. Arch. f. Psychiatr. 43 (1908).
Sander: Über eine spezielle Form der primären Verrücktheit. Arch. f. Psychiatr. 1 (1868/69).
Sante de Sanctis: Dementia praecocissima catatonica, oder Katatonie des früheren Kindesalters? Fol. neuro-biolog. II (1909).
—*:* Dementia praecocissima catatonica. Folia neurobiologica 2 (1909).
—*:* Sopra alcune varietà della demenza precoce. Riv. sperin. di Freniatria 32 (1906).
—*:* Quadri clinici di »dementia praecox« nell' infanzia e nella fanciullezza. Riv. ital. di Nevropat., Psichiatr. ed Elettroter. II (1909).
De Sanctis: Demenza ebefrencia-paranoide di fanciulli. Il Policlinico Anno 27. Ses. prat. Fasc. 27 (1921).
Sanctis Carlo de: Sulla demenza ebefrenica-paranoide dei fanciulli. Riv. ospidale. 11 (1921) Nr. 15.
Seelig: Zur Frage der Schizophrenie im Kindesalter. Berl. Ges. Psychiatr. u. Nervenkrankh. 16. 6. 1930. Z. Neur. Ref. 57 (1930).
Simson, T.: Psychische Erkrankungen im Kindesalter. Žurnal po izučeni ju rannego detskogo vozrasta. Bd. 4 (1926). Z. Neur. Ref. 45 (1927).
Schönthal: Beiträge zur Kenntnis der im frühen Lebensalter auftretenden Psychosen. Arch. Psychiatr. 23 (1892).
Schüller, Artur: Über psychische Störungen im Kindesalter. Z. jugendl. Schwachsinn. 2 (1909).
Schultheis, Ludwig: Über die nosologische Abgrenzung der Idiotie mit besonderer Berücksichtigung der Dementia infantilis und eigener Beobachtung. Inaug.-Diss. Leipzig 1910.
Schulze, Otto: Über die Beziehungen des angeborenen und früh erworbenen Schwachsinns, sowie der psychopathischen Konstitution zur »Dementia praecox«. Inaug.-Diss. Jena 1908.
Schwab, G.: Zur Psychopathologie der Schizophrenie und schizophrenieähnlicher Krankheitsbilder im Kindesalter. Bericht 4. Kongr. f. Heilpädag. in Leipzig 11.—15. 4. 1928 (1929).
Stransky, Erwin: Zwei Fälle von Kinderpsychosen. Ver. f. Psychiatr. u. Neur. Wien, Sitzung 11. 2. 1908. Neur. Zentralbl. 27 (1908).
Strecker, Eduard A.: Psychoses and potential psychoses of child hood. New York med. journ. 114 (1921). Z. Neur. Ref. 27 (1922).
Strohmayer, Wilhelm: Angeborene und im frühen Kindesalter erworbene Schwachsinnszustände. *Bumkes* Handbuch: Bd. 10 (1928).
Tarozzi, Giovanni: Demenza precocissima (*De Sanctis*) (schizophrenia prepuberale). Riv. di patol. nerv. e ment. 28 (1923). Z. Neur. Ref. 40 (1925).
Thomsen: Die allgem. praktische Prognose der Geisteskrankheiten. Med. Klin. 1907, Nr. 45/46.
Treiber: Die Frühsymptome der Dementia praecox. Psychiatr.-neur. Wschr. Jg. 15 (1913/14).
Villinger, Werner: Über Frühschizophrenie. 49. Versammlg. südwestd. Neur. u. Irrenärzte Baden-Baden, Mai 1924. Berl. Zbl. f. Neur. u. Psychiatr. 37. 1924.
Vogt, Heinr. Über Fälle von »Jugendirresein« im Kindesalter (Frühformen des Jugendirreseins). Allg. Z. Psychiatr. 66 (1909).
Voigt, Leonhard: Über Dementia praecox im Kindesalter. Z. Neur. 48 (1919).

Digitized by Google

Volochov, N.: Zur Frage über die Schizophrenie bei Kindern. Žurnal. Neuropat. 22 (1929). Z. Neur. Ref. 54 (1930).
Weber: Ein Fall von Dementia praecox im Kindesalter. M. M. W. 67 I (1920).
Weichbrodt, R.: Zur Dementia praecox im Kindesalter. Arch. Psychiatr. 59 (1918).
Weygandt, W.: Zur Frage der Dementia praecocissima und Dementia infantilis. Med. Welt 7 (1930).
—*:* Idiotie und Dementia praecox. Z. jugendl. Schwachsinn. 1. Bd. 1907.
Wildermak, H.: Schizophrene Zeichen beim gesunden Kind. Z. Neur. 86 (1923).
Wilmanns: Zur Differentialdiagnose der funktionellen Psychosen. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatr. N. F. Bd. 28.
Wilmanns u. Mitarbeiter: Band Schizophrenie in *Bumkes* Handbuch der Psychiatrie (1932).
Zablocka, Maria Emma: Zur Prognosestellung bei der Dementia praecox. Allg. Z. Psychiatr. 65 (1908).
Zappert, J.: Dementia infantilis (*Heller*). Wien. med. Wschr. 71 (1921). Z. Neur. Ref. 26 (1921).
—*:* Dementia infantilis (*Heller*). Mschr. f. Kinderheilk. 22 (1921).
Zelebov, P., Ein Fall von katatonischen Anfällen bei Schizophrenie der Kinder. Z. Neuropat. 2 (1931). Z. Neur. Ref. 63 (1932).
Ziehen, Theodor: Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. 1917.

Digitized by Google

(Aus den Thür. Landesheilanstalten Stadtroda.)

Über einen Fall schwerer Persönlichkeitsveränderung nach Encephalitis epidemica*).

Von

F. Jung.

Krankengeschichte.

Knabe H. H., geb. 28. 9. 1919. Die Familienanamnese ergibt nichts Besonderes. Der Vater war früher in Greiz Gastwirt und hat jetzt ein Wäschegeschäft. 3 Geschwister sind gesund.

Die Geburt des Jungen dauerte sehr lange und war sehr schwer. Hinterher soll er wie eine »Wachsfigur« ausgesehen haben. Er entwickelte sich dann aber gut bis zum ersten Lebensvierteljahr. Dann fiel an ihm eine starke Unruhe auf, er »arbeitete« mit Armen und Beinen und schlief überhaupt nicht mehr. Der Hausarzt behandelte ihn mit Brom und kalten Packungen. Wie lange dieser Zustand dauerte, war nicht mehr zu erfahren. Im Spätsommer 1920 schlief er ununterbrochen 1 Woche lang, nahm auch die Flasche im Schlafe. Ob damals Fieber bestand, ist nicht bekannt. Nach dieser Zeit war er dann ruhiger. Mit $1^1/_2$ Jahren lernte er laufen, mit 2 Jahren sprechen. Kinderkrankheiten machte er nicht durch, war überhaupt bis heute nicht wieder ernstlich krank. Körperlich entwickelte er sich gut.

Im Alter von 3 Jahren trat eine auffällige Veränderung im Verhalten des Knaben ein. Er riß anderen Kindern die Haare aus, kratzte, biß und stieß seine Umgebung. Strafen blieben ohne Eindruck. Mit 6 Jahren kam der Junge zur Schule. Aber schon nach 6 Wochen wurde er wieder entlassen, da er gänzlich unverträglich war und auch allerhand Dummheiten machte, so goß er die Tintenfässer ins Aquarium aus, um, wie er selbst begründete, Tintenfische zu züchten. Die Tante, die sich ihm ganz widmete, brachte ihm Lesen, daneben etwas Schreiben und Rechnen bei. Dabei hatte sie große Schwierigkeiten, da er immer wieder ganz unvermittelt tätlich wurde, ihr die Bücher an den Kopf warf; hinterher bat er dann immer wieder um Verzeihung. Er griff auch auf der Straße ganz unvermittelt Passanten tätlich an. Nach dem Grunde seines Verhaltens gefragt, antwortete er immer: »Ich weiß ja nicht.«

Bereits 1927 war H. H. für einige Wochen in unserem Beobachtungsheim. Hier wurde er oft ganz unvermittelt, mitten aus einer Erzählung oder einem Spiel heraus, tätlich, biß, schlug, kratzte und trat, dazwischen war er ganz umgänglich. Intellektuell zeigte er, das schlechte Schulwissen ausgenommen, keinerlei Defekte, machte im Gegenteil einen gut begabten Eindruck. Die Eltern holten ihn, obgleich wir die Unterbringung in ein Enzephalitikerheim

*) Nach einem Vortrag, gehalten in der Medizinischen Gesellschaft in Jena.

Digitized by Google

vorgeschlagen hatten, wieder nach Hause. Seine Tante nahm sich seiner, wie schon vorher, wieder sehr an und widmete sich ihm ganz. Im übrigen führte er ein Einsiedlerleben, mit anderen Kindern konnte er überhaupt nicht zusammengelassen werden.

Am 6. 6. 1932 wurde er uns wieder zugeführt, weil es nicht möglich war, ihn länger zu Hause zu behalten. Körperlich ist H. H. ein kräftig gebauter, gut entwickelter Junge. Die Achselbehaarung ist angedeutet, die Genitalbehaarung dem Alter entsprechend, das Genitale gut entwickelt.

Auffallend ist der Mangel an Mienenspiel: Wenn er lacht, lacht vorwiegend der Mund. Am neurologischen Befund ist bemerkenswert ein leichter Strabismus div. concom. dexter, eine etwas engere rechte Lidspalte, eine Differenz im Mundfazialis zugunsten r. Die Augenbewegungen sind frei, Doppelbilder bestehen nicht, haben angeblich auch nicht bestanden. Der Augenhintergrund ist in Ordnung. — An den Extremitäten fallen ab und an klonische Zuckungen in der Muskulatur beider Oberarme und Schultern auf. Rigor besteht nicht, ebenso kein Tremor und keine Ataxie. Der r. Arm wird meist angewinkelt an die Brust gehalten, dabei hängt die Hand etwas, und die Spitze von Daumen und Zeigefinger werden aufeinander gepreßt gehalten. Die Hauptarbeit leistet die l. Hand, die r. Hand ist auch bei koordinierten Bewegungen beider Hände, z. B. beim Ankleiden, deutlich ungeschickter als die l. Bei der Prüfung auf Adiadochokinese werden die Bewegungen nach einiger Zeit deutlich eckig und ungeschickt. Das l. Bein ist ebenfalls geschickter als das r., wird z. B. beim Fußballspielen ausschließlich benutzt. Im übrigen ist er sehr geschickt, kann z. B. aus dem Zimmer ins Bett hinein einen Purzelbaum schlagen. Die Reflexe sind regelrecht, das Fächerphänomen ist an beiden Füßen auslösbar, l. Oppenheim gelegentlich angedeutet.

Es besteht ein ausgesprochener Schnauftic, der sich in der Erregung verstärkt, wodurch die Sprache oft gänzlich unverständlich wird.

WaR. im Blut und Liquor negativ. M. T. R. im Liquor negativ. Pandy m. Nonne — Apelt negativ. Zellen $^4/_3$. Normo-Mastix — Kurve negativ. Eiweißrelation nach Kafka leicht erhöht.

Blutbild: Blutstatus: Erythrozyten 4,8 Millionen. Hämoglobin 80%. Leukozyten 8800. — Eosinophile 2%, neutrophile Stabkernige 2%, neutrophile Segmentkernige 59%, Lymphozyten 33%, große Mononucläre 4%.

Wir haben den Jungen auch geröntgt, konnten aber auch in der Erregung keine Störungen in der Zwerchfellbewegung beobachten, auch keine Andeutung einer Herzvergrößerung, wie sie in so extremen Maße von *Duken* und *Bernuth* beobachtet worden ist.

Bei uns muß der Junge ständig isoliert werden, da es wegen seines Verhaltens unmöglich ist, ihn in irgend einer Gemeinschaft zu halten. Dabei tragen seine Angriffe einen ganz eigentümlichen Charakter. Sitzt man bei ihm auf dem Bett oder steht dicht bei ihm, so fährt er ganz unvermittelt, z. B. mitten in einer harmlosen Unterhaltung, zu. Wird er festgehalten, so sucht er auf jede nur erdenkliche Weise, dabei außerordentlich rasch, geschickt, schlagfertig und

Digitized by Google

kräftig vorgehend, wenn man so sagen will, seinen Gegner zu schädigen, durch Kratzen, Beißen, Treten oder blitzschnelles Stoßen mit dem Kopfe nach dem Gesicht. Es kommt dabei immer zu einer regelrechten Rauferei, wobei gutes Zureden oder Schelten ohne Erfolg bleiben. Die Erregung ebbt ganz langsam ab, es kommt geradezu zu einer Entspannung, man kann sich sofort wieder unterhalten, als ob nichts geschehen wäre, bis es, ebenso unvermittelt, zu einem neuen Angriff kommt. Noch sonderbarer ist das Verhalten des Jungen, wenn man etwas entfernt von ihm ist. Mitten in der Unterhaltung, mitten in einem Satz, bekommt sein Gesicht einen eigentümlich gespannten Ausdruck, sein ganzer Körper sammelt sich wie der einer Katze zum Sprung und dann greift er an. Das übrige spielt sich dann genau so ab, wie ich es schon geschildert habe. Auch hier wieder ein ganz allmähliches Abebben der Erregung. Hinterher bittet er dann oft um Entschuldigung und gibt nicht eher Ruhe, als bis man ihn versichert hat, daß man ihm nicht böse sei.

Seine Angriffe richten sich gegen jedermann, Mitpatienten, Besuchende, Angehörige, Pfleger, Ärzte. Es ist ihm dabei auch völlig gleichgültig, ob er im Nachteil ist oder nicht. Die Angriffe sind in ihrem Charakter ganz stereotyp. Sie richten sich nur gegen Menschen; es kommt gelegentlich vor, daß er eine Scheibe zertrümmert, sonst kommen aber keine Demolierungen usw. vor. Das Essen darf ihm nicht in die Hand gegeben werden, da es sonst dem Pfleger an den Kopf fliegt, ehe er das Zimmer verlassen kann. Je länger man bei ihm im Zimmer ist, desto häufiger wiederholen sich die Angriffe. Ein eigentlicher ausgesprochener Zornaffekt ist dabei nicht bemerkbar, auch nicht vor oder nach einem Angriff. Der Angriff geschieht, wie schon geschildert, mitten aus einer ganz indifferenten Situation heraus; und hinterher ist es, als ob gar nichts geschehen sei. Eine sexuelle Erregung spielt allem Anschein nach keine Rolle, wir haben dabei nie eine Erektion bemerkt; überhaupt macht der Junge sexuell einen unauffälligen Eindruck. Es wurde nie bemerkt, daß er onaniert, auch hat er anscheinend noch keine Pollutionen.

Im allgemeinen ist seine Stimmung gut. Er macht gern kleine Witze, die oft etwas derb sind, schimpft auch gelegentlich in üblen Ausdrücken, ohne es ernst zu nehmen. Er ist sehr zugänglich, für kleine Scherze empfänglich, er macht nie einen mißmutigen oder gereizten Eindruck. Er verleumdet nie, es ist z. B. nicht zu verhindern, daß er bei den Balgereien auch einmal zu Schaden kommt, diese Vorfälle verschweigt er dann, selbst wenn er vom Arzte nach der Herkunft seiner Verletzung gefragt wird. Überhaupt ist er anderseits ausgesprochen gutmütig, so kann es vorkommen, daß er

Digitized by Google

fast den ganzen Inhalt eines Paketes verschenkt, wenn er nicht daran gehindert wird.

Allein beschäftigt er sich mit Singen, Pfeifen, Ballspielen und Lesen. Der Schlaf ist immer gut. Intellektuell ist er gut begabt. Sein Schulwissen ist sehr gering, aber im übrigen ist er sehr interessiert, nimmt z. B. regen Anteil an den politischen Ereignissen. Er hat Interesse für technische Dinge, hat früher gebastelt, aber keine Ausdauer gezeigt; jetzt möchte er Flugzeugbauer werden.

Was nun seine eigene Stellung zu seinem Verhalten anbelangt, so ist von ihm wenig darüber zu erfahren. Er betont immer wieder: »Ich weiß doch nicht!« »Das weiß ich selber nicht, wie das kommt.« Einige Male äußerte er: »Da kommt so eine Gewalt über mich.« Einmal sagte er auch, er denke, der andere wolle ihm was tun, dann komme so eine Gewalt über ihn, da tue er dem anderen zuerst was. Hinterher tue es ihm leid, er sei traurig darüber, er habe sich auch schon vorgenommen, es nicht wieder zu tun, es komme aber doch immer wieder über ihn. Zornig sei er eigentlich dabei nicht. Wenn niemand bei ihm sei, habe er auch keine Angst. Mehr ist aus ihm als Stellungnahme zu seiner eigenen Verhaltensänderung nicht zu erfahren.

Therapeutische Versuche, Eigenserumbehandlung, Atropin in hohen Dosen, sind bis jetzt erfolglos geblieben.

Wir haben es mit einer recht eigentümlichen Wesensveränderung nach Encephalitis epidemica zu tun. Es fragt sich nun, wie diese zu erklären ist. Man hat von Charakterveränderungen im Sinne der Psychopathie und moral insanity, auch von Zwangsvorgängen gesprochen. Zweifellos kommen Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen im Verlaufe der Encephalitis epidemica vor. Wir kennen sie durch *Mayer-Groß*, *Steiner* und *Herrmann*. Doch haben wir es hier nicht mit Zwangshandlungen in dem Sinne, wie der Begriff in der Psychopathologie festgelegt ist, zu tun, wenn der Junge auch gelegentlich sagt, es komme so eine Gewalt über ihn; es fehlt, soweit wir in den Jungen hineinsehen können, der Kampf der Zwangsmotive und das Bewußtsein der Widersinnigkeit des Zwangsantriebs. Schon bald ist auch betont worden, so von *Kauders*, *Gerstmann* und *Kauders*, *Claude* und *Robin*, *Bouman*, *Reichle*, *Wimmer*, daß die Beziehungen zur Psychopathie rein äußerlicher Natur seien, daß es gar nicht zu einer Charakterveränderung im eigentlichen Sinne komme. Schon 1922 sprach *Bonhoeffer* von einer »gestörten Konkordanz zwischen den neencephalen und palaencephalen Hirnteilen ..., die bei noch nicht vollendeter Hirnreife anders in Erscheinung tritt als beim Erwachsenen.« Das gleiche meint wohl *Anton*, wenn er von einem gestörten Zusammenspiel der niederen »alten« mit den höheren Gehirnstationen spricht. Und *Stertz* spricht von einer systematischen Schwächung von im

Digitized by Google

individuellen Leben sich ausbildenden Hemmungsapparaten, die das noch aktivere Psychomotorium des Kindes ungehemmt hervortreten lassen.

Wir haben allmählich das Striatum im weiteren klinischen Sinne als ein wichtiges subkordikales motorisches Zentrum kennengelernt, das im engsten Zusammenhang mit dem anatomischen Substrat der Triebe, Gefühle und Affekte steht und das u. a. auch gewissermaßen das Ausdrucksorgan der Trieb- und Gefühlssphäre unserer Persönlichkeit darstellt. Pathologische Prozesse im Striatum und Störungen in der Verbindung zu den höheren motorischen Zentren führen gerade beim Jugendlichen besonders häufig zu motorischer Enthemmung (*Kauders, Gerstmann* und *Kauders, Claude* und *Robin*).

Von hier aus hat nun Thiele in einer sehr eingehenden Untersuchung diese Enthemmungserscheinungen als Drangzustände geschildert. Dieser Ansicht schließt sich auch *Fleck* an. *Thiele* bezeichnet den »Drang als eine primäre, gänzlich amorphe, ziel- und richtungslose Entladungstendenz, die sich, ihrer psychischen Repräsentanz nach, als eine unlustvolle Unruhe und Spannung darstellt, und die erst in ihrer Auswirkung, in ihrer Betätigung am Objekt oder infolge Interferenz mit gerichteten, intentionalen Akten sich zu einer inhaltlich bestimmten Handlung gestalte«. Diese »Dranghandlungen« stehen tiefer als die ein immanentes Ziel besitzenden Triebhandlungen und die zweckvollen Willenshandlungen. Es gibt offenbar einen primären, nicht weiter zurückführbaren Antrieb zum Bewegen und Handeln, der normalerweise durch Willens- und Triebimpulse reguliert und geleitet wird. Auch *Thiele* betont, daß der Drangimpuls oft mit dem Affekt der Angst verknüpft ist. Dies wird ja auch von unserem Patienten angegeben, allerdings bleibt bei ihm die Angst nicht unbestimmt, sondern wird qualifiziert. Ich betonte schon die enge Verbundenheit des striären Motoriums mit der Sphäre der Triebe und Affekte. Dadurch wird es erklärlich, daß der Drangimpuls bei seiner Entladung seine Bahn über die Trieb- und Affektsphäre nimmt und damit unter dem Bilde einer Affektentladung erscheint. Eigentümlich bleibt dabei in unserem Falle — und hauptsächlich deshalb wollte ich darüber berichten —, die Tatsache, daß der Drang immer ganz einförmig sich in einem Angriff auf die Umgebung äußert, also gleichsam ganz stereotyp immer in einer Bahn abläuft.

Literatur.

Anton, G., Zeitschrift für Kinderforschung. Bd. 28, H. 1, 1923.
Bermuth, F. v., Zeitschrift für Kinderheilkunde, 52, 1932.
Biagini, Ciovanni, Giorn. Med. mil. 79. 1931. Ref. Z. Neur. 62, 1932.
Böhmig, W., Arch. f. Psychiatr. 69, 1923.

Digitized by Google

Bonhoeffer, Klin. Wschr. 1. Jahrg., 1922.
—, Berl. Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten, Sitzung vom 14. 3. 1921. Eigenber. Z. Neur. Ref. 25, 1921.
Bostroem, A., Bumkes Handbuch. Bd. 2, 1928.
— *A.,* Jahresvers. d. Deutsch. Ver. f. Psych., 24. v. 25. 4. 1930. Ref. Z. Neur. 56, 1930.
Bouman, L., Niederl. Tijdschs. Geneesk. 1931, I. Ref. Z. Neur. 34, 1924.
Brdlik, J., Časopis lékařů českych, Jg. 60. 1921. Ref. Z. Neur. 25, 1921.
Bromberg, Walter, Psychiatr. Quart. 4, 1930. Ref. Z. Neur. 62, 1932.
Burr, Charles W., Arch. of neurol a. psychiatry 14. 1925. Ref.: Z. Neur. 42, 1926.
Bychowski, Gustav, Z. Neur. 83, 1923.
Carp, E. A. D. E., Nederl. Tijdsch. Geneesk. 16, 1930. Ref. Z. Neur. 58, 1931.
Claude, Henri, A. Gilbert Robin, Ann. med.-psychol. 82, 1924. Ref. Z. Neur. 41, 1925.
Collin, André, et *Jeanne Réquin,* Arch. de méd. des enfants. Bd. 26, Nr. 5, 1923. Ref. Z. Neur. 34, 1924.
Denecke, Karl, Leipzig: Diss. 1931.
Discussion on the mental sequelae of encephalitis lethargica. Proc. of the roy. soc. of. med. Bd. 18, Nr. 6, sect. of psychiatr., neurol. study of dis. in children a. apidem., 13. I, 1925, S. 17—39. 1925. Ref. Z. Neur. 41, 1925.
Docenko, M., Trudy uraïn. psichoneur. Inst. Liefg. 16, 1931. Ref. Z. Neur. 62, 1932.
Estape, José Maria, u. *Luis M. Petrillo,* Arch. Pediatr. Uruguay. 2, 1931. Ref. Z. Neur. 63, 1932.
Findlay, Leonhard and *Cecilia Skiskin,* Glasgow med. journ. Bd. 95, Nr. 1, S. 18—50. 1921. Ref. Z. Neur. 25, 1921.
Fleck, Arch. f. Psychiatr. 79, 1927.
Gellathy, Jessie, H., Lancet. Bd. 204, Nr. 24. 1923. Ref. Z. Neur. 34, 1924.
Gerstmann u. *Kauders,* Arch. f. Psychiatr. 71, 1924.
Gibbs, Charles E., Amer. J. Psychiatr. 9, 1930. Ref. Z. Neur. 56, 1930.
Gordon, Alfred, Med. journ. a. record 123, 1926. Ref. Z. Neur. 44, 1926.
Hall, Arthur J., Brit. med. journ. Nr. 3342, 1925. Ref. Z. Neur. 40, 1925.
Hermann, G., Mschr. Psychiatr. 52 (1922).
Heuyer, G., Arch. de méd. des enfants. 29 (1926). Ref. Z. Neur. 44 (1926).
Howe, H. A., Bull. Hopkins Hosp. 47 (1930). Ref. Z. Neur. 58 (1931).
Juschtshenko, A., 1. Russ. Kongr. f. Psychoneurol., Moskau, Psychiatr. Sekt. 10.—15. 1. (1923). Ref. Z. Neur. 34 (1924).
Jessie, H. Gellathy, Lancet, 204 (1923). Ref. Z. Neur. 34 (1924).
Jörger, J. B., jun., Z. Neur. 82 (1923).
Kauders, O., Z. Neur. 74 (1922).
Kennedy, Royer L. J., Americ. journ. of. dis. of. schildr. Nd. 28, Nr. 2 (1924). Ref. Z. Neur. 40 (1925).
Kirschbaum, Allgem. Z. Psychiatr. Bd. 77 (1921/22).
Kleist, K., Mschr. Psychiatr. 52 (1922).
Kutsche, Fritz, Psychiatr.-neur. Wschr. (1930), II.
Kwint, L., Zschr. f. Kinderheilk. Bd. 40 (1926). Ref. Z. Neur. Bd. 44 (1926).
—, Trudy Ukrainskogo psichonevrologiceskogo instituta. Bd. 3 (1927). Ref. Z. Neur. 48 (1928).

Digitized by Google

Lange, Cornelia, Nederlandsch tijdschr. u. Geneesk. Jahrg. 68, 2. Hälfte (1924). Ref. Z. Neur. 40 (1925).

Lanfrance, Giampi, Rev. de criminal. psyquiatr. y. med. leg. Jahrg. 13. Nr. 73 (1926). Ref. Z. Neur. Bd. 44 (1926).

Levi, Luisa, Quad. Psichiatr. 17 (1930). Ref. Z. Neur. 58 (1931).

Leyser, Edgar, Arch. f. Psychiatr. Bd. 72, H. 3/4 (1924). Z. Neur. 89. 1924. Mschr. f. Psychiatr. 52 (1923). Arch. f. Psychiatr. 72 (1925).

Malgkin, R., Medizinskaja Mysslj. Nr. 8/10 (1924). Ref. Z. Neur. 41 (1925).

Massant, J., Journ. de neurol. et de psychiatr. Jg. 25 (1925). Ref. Z. Neur. 41 (1925).

Mikalski, Antoni, Polska Gazeta lekarska. Jg. 3 (1924). Ref. Z. Neur. Bd. 40 (1925). Encéphale. Jg. 20 (1925). Ref. Z. Neur. 41 (1925).

Mouriquand, Lamy, et *Martine,* Journ. de méd. de Lyon. Jg. 2 (1921). Ref. Z. Neur. Nr. 25 (1921).

Nyssen, R., Journ. de neurol. et de psychiatr. 25 (1925). Ref. Z. Neur. 44 (1926).

Packeco, Luis, Lisboa med. Jg. 2, Nr. 3 (1925). Ref. Z. Neur. 42 (1926).

Pette, D., Dtsch. Z. f. Nervenheilk. 76 (1923).

Philipp, S., Goodhart and Samuel Smith cottrell. Journ. of the Americ. med. assoc. 84 (1925). Ref. Z. Neur. 40 (1925).

Progulski, St., Münch. Med. Wschr. Jg. 68, Nr. 15 (1921).

Prossarelli, Alberto, Note e riv. di psychiatr. 15 (1927). Ref. Z. Neur. 48 (1928).

Reichle, H. S., Arch. of. pediatr. Bd. 42 (1925). Ref. Z. Neur. 42 (1926).

Rizzatti, Emilio, e *Mario Pennachie Hi:* Note Psichiatr. 61 (1932). Ref. Z. Neur. 64 (1932).

Robin, Journ. de psych. norm. et pathol. Jg. 21 (1924).

—, Journ. med. franç. Bd. 13 (1924).

Ruata, Guido, Note e riv. di psichiatr. Bd. 19, Nr. 2, 1922. Ref. Z. Neur. 31 (1923).

Runge, W., Bumkes Handbuch der Geisteskrankheiten. Bd. 1, 1928.

—, Archiv f. Psychiatr. 68 (1923).

Rutimeyer, Schweiz. Med. Wschr. (1921).

Simonetti, Aldo, Clin. pediatr. Jg. 3, H. 2 (1921). Ref. Z. Neur. 25 (1921).

Shrubsall, F. C., Brit. journ. of med. psychol. Bd. 7, Nr. 2 (1927). Ref. Z. Neur. 48 (1928).

Simson, T., Žúrnal po izučeni ju rannago detskogo vozrasta. 3, 1925. Ref. Z. Neur. 44 (1924).

Smith, Charles M., Brit. med. journ. Nr. 3462, 1927. Ref. R. Neur. 48 (1928).

Salkind, E. M., Sowremennaja psychonevrologija. Bd. 1, Nr. 1 (1925). Ref. Z. Neur. 40 (1925).

Schackker, M., Progres méd. 1931, II.

Staehelin, J. E., Z. Neur. 77 (1922).

Stern, F., Med. Klink. Jahrg. 18, Nr. 27 (1922).

—, Jahresvers. d. Deutsch. Vereins f. Psychiatr. 24. u. 25. 4. 1930. Ber. Z. Neur. Ref. 56 (1930).

—, Die Encephalitis epidemica. 2. Aufl.

Sterz, G., Arch. f. Psychiatr. Bd. 74 (1925).

Digitized by Google

Thiele, R., Berl. Ges. f. Psychiatr. Sitzung. 13. 7. (1925). Ber. Z. Neur. Ref. 42, 1926. Zschr. f. Kinderforsch. Bd. 31 (1926).
—, Zur Kenntnis der psychischen Residuärzustände nach Encephalitis epidemica bei Kindern und Jugendlichen, insbesondere der weiteren Entwicklung dieser Fälle. (Abhandl. aus der Neurol., Psychiatr., Psychol- und ihren Grenzgebieten. S. 36) (1926).
Wimmer, Aug., Acta psychiatr. (Københ.) 5 (1930). Ref. Z. Neur. 34 (1924).
Zappert, J., Wien. Klin. Wschr. 1932, I.

Digitized by Google

Mexikanische Erb- und Geistesgesundheitspflege.

Von

Dr. **Steinwallner**, Bonn.

Es wird bei uns kaum bekannt sein, daß in Mexiko der Bundesstaat Veracruz seit dem Jahre 1932 eine außerordentlich interessante Erbgesundheitsgesetzgebung besitzt. Am 6. 7. 1932 hat sich Veracruz ein »Gesetz über Erb- und Geistesgesundheitspflege« (ley número 121 sobre eugenesia e higiene mental) und in Ausführung dieses Gesetzes am 26. 11. desselben Jahres eine »Verordnung über Erb- und Geistesgesundheitspflege« (reglamento de eugenesia e higiene mental) gegeben[1]). Das Gesetz ist am 9. 7. 1932, die Verordnung am 1. 12. 1932 in Kraft getreten. Beide Regelungen, die auch unserer Beachtung wert sind, seien im folgenden kurz erörtert.

Den Bestimmungen des Gesetzes über Erb- und Geistesgesundheitspflege ist zu entnehmen, daß in Veracruz eine der Generaldirektion für Gesundheitspflege beigeordnete Behörde unter der Bezeichnung »Amt für Erb- und Geistesgesundheitspflege« (Sección de Eugenesia e Higiene Mental) besteht, der vor allem folgende Aufgaben übertragen sind: Erforschung jener Krankheiten und Gebrechen, die durch Vererbung von den Eltern auf die Nachkommenschaft übertragen werden; Untersuchung und Klarstellung der Ursachen der Kriminalität, des Alkoholismus, der Prostitution und des Pauperismus; Feststellung der Ursachen von geistigen und körperlichen Defekten und Unregelmäßigkeiten, die in der Entwicklung der Jugendlichen beobachtet werden (Art. 1 bis 4). Auf der Grundlage der gewonnenen Untersuchungsergebnisse hat dann das Amt für Erb- und Geistesgesundheitspflege die erforderlichen prophylaktischen Maßnahmen zu treffen, um künftige Geschlechter vor vererbbaren physischen und geistigen Krankheiten und Gebrechen zu bewahren (Art. 5).

In Ausführung dieses im Gesetz entwickelten Programms ist dann die Verordnung über Erb- und Geistesgesundheitspflege ergangen, in der unter anderem auch die Frage der Un-

[1]) Vgl. die Nummern 82 und 144 der Veracruzer »Gaceta oficial« 1932. Vgl. auch die amtliche Veröffentlichung: Ley número 121 sobre eugenesia e higiene mental, su reglamento y exposición de motivos que sirven de fundamento a la ley citada, Jalapa-Enriquez 1932.

Digitized by Google

fruchtbarmachung Erbkranker und Fortpflanzungsminderwertiger geregelt wird.

Eine Unfruchtbarmachung darf nach Art. 6 der Verordnung unter folgenden Voraussetzungen durchgeführt werden:

1. Es muß sich um Geisteskranke, Schwachsinnige, Entartete oder Geistesschwache handeln, und das Leiden muß unheilbar und vererbbar sein;

2. ein aus drei medizinischen Sachverständigen bestehender Rat muß in seiner Mehrheit zu dem Untersuchungsergebnis gekommen sein, daß das Leiden unheilbar ist;

3. das Amt für Erb- und Geistesgesundheitspflege muß auf Grund dieses Untersuchungsresultats die Unfruchtbarmachung anordnen;

4. der chirurgische Eingriff, mittels dessen die Unfruchtbarmachung durchgeführt wird, darf nur derart sein, daß dem Betroffenen lediglich die Fortpflanzungsfähigkeit genommen wird, daß ihm jedoch die potentia coeundi erhalten bleibt;

5. der Eingriff, mittels dessen die Unfruchtbarmachung verwirklicht wird, darf weder irgendeine sichtbare anatomische Verstümmelung oder Entstellung noch den Verlust jener psychischen oder physischen Fähigkeiten, die zur Erziehung des Betroffenen und zu seiner Einordnung in das soziale und wirtschaftliche Leben erforderlich sind, nach sich ziehen.

Unter denselben Voraussetzungen und Kautelen (Ziff. 2—5 des Art. 6) kann nach Art. 7 auch eine Unfruchtbarmachung bei organischen und körperlichen Leiden, die vererbbar und unheilbar sind, zur Anwendung kommen. Eine Unfruchtbarmachung darf in jedem Falle nur vom Amt für Erb- und Geistesgesundheitspflege angeordnet und durchgeführt werden (Art. 8). Die Unfruchtbarmachung darf nicht in einer Art und Weise vorgenommen werden, daß sie als schimpflich oder entehrend oder als Strafe oder Brandmarkung aufgefaßt und empfunden werden kann; sie darf auch niemals den Verlust irgendeines bürgerlichen oder politischen Rechts nach sich ziehen (Art. 9). Schließlich ist nach Art. 10 noch die Unfruchtbarmachung von rückfälligen oder unverbesserlichen Verbrechern zulässig; es muß sich hier vor allem um Personen handeln, deren Fortpflanzung verhindert werden muß, weil es nach wissenschaftlicher Auffassung unbedingt notwendig ist, um eine sozial ungeeignete und unerwünschte Nachkommenschaft zu verhüten; die näheren Bedingungen, unter denen eine Unfruchtbarmachung in diesen Fällen vor sich zu gehen hat, setzt das Amt für Erb- und Geistesgesundheitspflege fest.

Die weiteren Vorschriften der Verordnung sehen dann noch vor: das Amt für Erb- und Geistesgesundheitspflege hat Kliniken zu unterhalten, die die Aufgabe haben, die Bevölkerung in Fragen

Digitized by Google

der Geburtenregelung zu beraten und ihr in dieser Hinsicht eine geeignete kostenfreie Behandlung zuteil werden zu lassen; ferner sind hier obligatorisch solche Personen zu behandeln, die an Krankheiten leiden, deren Ursache in organischen oder biologischen Entartungs- und Verfallserscheinungen zu suchen ist (Art. 1—5). Besondere Beachtung hat weiter das Amt für Erb- und Geistesgesundheitspflege der geistigen und körperlichen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen zu schenken (Art. 11). Den Gerichts- und Verwaltungsbehörden hat es in allen Fragen, die den Geisteszustand oder die erbbiologischen Verhältnisse einer Person betreffen, Gutachten zu erstatten und ihnen Vorschläge über die geeignete Behandlung einer solchen Person, insbesondere über Gerichts- und Verwaltungsmaßnahmen, die zweckmäßigerweise hier zu ergreifen sind, zu machen (Art. 12). Ausschließliche Aufgabe des Amts für Erb- und Geistesgesundheitspflege ist nach Art. 13, alle mit der Geburtenregelung verknüpften Maßnahmen durchzuführen, die erbpflegerische und sozialhygienische Aufklärung der Bevölkerung zu betreiben sowie alle sonstigen hiermit zusammenhängenden Fragen zu bearbeiten; verboten in dieser Hinsicht ist die Aufklärungstätigkeit und Heilbehandlung durch Personen, die nicht Ärzte oder Universitätslehrer sind. Seine besondere Aufmerksamkeit soll das Amt auch darauf richten, unter der arbeitenden Bevölkerung aller Berufe Kenntnisse zu verbreiten, die die Bedingungen der Mutterschaft und die Gesundheitspflege während der Schwangerschaft und während des Wochenbetts zu verbessern geeignet sind (Art. 14). Schließlich bestimmt noch Art. 15, daß private Vereinigungen zur Förderung erbpflegerischer Bestrebungen unter der Leitung wissenschaftlich dazu geeigneter Personen vom Amt weitgehend zu unterstützen sind.

Soweit die wichtigsten Bestimmungen der beiden Veracruzer Regelungen über Erb- und Geistesgesundheitspflege. Aus einer dem Gesetz beigegebenen Begründung seien als die Veracruzer Erbgesundheitspflege kennzeichnend folgende dort zum Ausdruck gebrachten Grundsätze hervorgehoben: Die heutigen Erkenntnisse der Erbbiologie gestatten eine weitgehende, wissenschaftlich fundierte, praktische Erbgesundheitspflege. Unter den zur Zeit praktisch durchführbaren und Erfolg versprechenden erbpflegerischen Maßnahmen ist der Unfruchtbarmachung eine führende Stellung zuzuweisen; zwar muß eine zweckentsprechend gedachte und folgerichtig gestaltete Bevölkerungspolitik das Ziel haben, die Vermehrung der Bevölkerungszahl zu fördern, doch ist es ihre unbedingte Pflicht, eine erbgeschädigte Nachkommenschaft zu verhüten, da eine solche für die Volksgesamtheit eine schwere biologische und soziale Gefahr bedeutet. Die führenden Bevölkerungspolitiker von Veracruz sind sich also der Bedeutung zweck-

Digitized by Google

mäßiger und erbpflegerischer Maßnahmen für die Zukunft des Staates durchaus bewußt.

In diesem Zusammenhang mag noch darauf hingewiesen sein, sein, daß Veracruz seit 1932 auch eine wirksame erbpflegerische Eheverbotsgesetzgebung besitzt. Der neue 1932 erlassene Código civil von Veracruz verbietet die Eheeingehung bei Vorliegen von Rauschgiftsucht, unheilbarer Impotenz, ansteckenden Geschlechtskrankheiten, Geisteskrankheit, Schwachsinn oder einer anderen vererbbaren oder ansteckenden Krankheit. Weiter bestehen in Veracruz noch Regelungen, die den Rauschgiftmißbrauch, die Prostitution und die Geschlechtskrankheiten schärfstens bekämpfen (so ist in letzter Beziehung eine Zwangshandlung aller Geschlechtskranken durchgeführt worden).

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß das energische, an den Grundsätzen der Erbpflege ausgerichtete bevölkerungspolitische Vorgehen des Staates Veracruz vollauf Anerkennung verdient. Anzuerkennen in den erlassenen Regelungen ist vor allem die Erstreckung der Unfruchtbarmachung auch auf körperliche und organische — nicht nur geistige — Erbleiden sowie das Vorsehen von Zwang. Hervorzuheben ist auch die Tatsache, daß unverbesserliche und rückfällige Rechtsbrecher in den Kreis der unfruchtbarzumachenden Personen einbezogen werden; gerade diese Bestimmung verdient unsere besondere Beachtung, weil sie zeigt, daß man in Veracruz die Bedeutung der Anlage für die Verbrechensgenese klar und richtig erkannt hat. Von sonstigen ausländischen Staaten will nur noch Island diese Möglichkeit des Ausschlusses verbrecherischer Veranlagungen aus dem Fortpflanzungsprozeß gesetzlich einführen (vgl. dessen 1937 veröffentlichten Entwurf eines Gesetzes über Maßnahmen der Volksaufartung, wo die Zulassung der Unfruchtbarmachung von Personen mit »Neigung zur Verbrechensbegehung« vorgeschlagen wird), während sonst nirgends davon die Rede ist. Anerkennend hervorzuheben sind auch die Schutzgarantien, die dem einzelnen Betroffenen eingeräumt sind — vor allem die Schonung, die ihn in jeder Beziehung zuteil wird —. Zu bedauern bleibt, daß Veracruz bisher noch nicht die Möglichkeit einer Schwangerschaftsunterbrechung aus Erbgesundheitsgründen sowie die der Kastration von Sittlichkeitsverbrechern als wirksamer Gemeinschaftsschutzmaßnahme gesetzlich zugelassen hat (mit der Unfruchtbarmachung allein, soweit sie hier in Betracht kommt, läßt sich in den meisten dieser Fälle ein ausreichender Schutz der Bevölkerung vor weiteren Sexualverbrechen solcher Verbrecher ja nicht erreichen).

Es steht zu hoffen, daß sich im Interesse der Aufartung ihrer Bevölkerung recht bald weitere iberoamerikanische Staaten dem Vorgehen von Veracruz anschließen werden.

Digitized by Google

Die ersten Hundert auf Grund des Gesetzes vom 24. Nov. 1933 in der westfälischen Prov.-Heilanstalt Eickelborn untergebrachten geistig abnormen Rechtsbrecher.

Von

Dr. **Ferdinand Hürten**, Prov.-Medizinalrat der Prov.-Heilanstalt Eickelborn i. Westf.

Jede Schuld verlangt nach einem im tiefsten menschlichen Empfinden ausgebildeten Verantwortungsgefühl Sühne und Vergeltung. Und so alt wie das Menschengeschlecht ist, so alt ist auch die Meintat, die nach Vergeltung schreit. Beim Urmenschen entsprang die Vergeltungsauffassung vielleicht einem biologischen Selbstbehauptungswillen. Der Vergeltungsgedanke des arischen Menschen findet seine sittliche Prägung zweifellos im nordischen Ehrbegriff, der stets Genugtuung für zugefügtes Unrecht gefordert hat. Das Recht der alten Germanen gestand z. B. unter Bindung an bestimmte Formen der Sippe, die eine Verletzung erlitt, den Kampf gegen die Sippe, der der Frevler angehörte, zu. Mit dem Aufkommen gesetzmäßiger Gemeinschaftsgebilde übernahm der berufene Richter die Urteilsfindung und Strafzumessung und der uralte Gedanke sühnender Rache fand im Laufe der Kulturentwicklungen mit der Herausbildung von Gesellschaftsordnungen und Zivilisationen einen mehr oder minder sublimierten Niederschlag in dem jeweiligen Strafrecht, das, in seiner geistigen Grundhaltung dem Wandel der Zeiten, ihren Erkenntnissen und Auffassungen unterworfen, stets ein Spiegelbild der Weltanschauung eines Volkes darstellt. In der liberalistischen Epoche ging der Sinn der Strafe als Vergeltungsmaßnahme verloren. *Krassnuschkin*, Professor der gerichtlichen Psychiatrie an der 1. Moskauer Staatsuniversität, schrieb: »Im Jahre 1924 werden aus dem Wortlaut der 'Grundprinzipien der Strafgesetzgebung der U. d. S. S. R.' die Worte 'Strafe' und 'Vergeltung' vollkommen verbannt. Das neue Gesetz bezweckt nicht die Bestrafung des Verbrechers, nicht Vergeltung seiner Tat, sondern ausschließlich soziale Abwehr. Diese letztere ist wiederum durch die Gemeingefährlichkeit des Verbrechers, nicht aber durch seine Schuld bedingt.« *Krassnuschkin* fordert ein Regime der modernen Gefängnisse mit kultureller und arbeitsmäßiger Be-

Digitized by Google

einflussung der Gefangenen. Diese »Besserungsanstalten« vergleicht er mit dem Zwecke einer Irrenanstalt, die ebenfalls den sozialen Schutz der Gesellschaft vor gemeingefährlichen Geisteskranken erstrebe, um die Anpassung ihrer Interessen an die Gesellschaft auf dem Wege ihrer Heilung oder Erziehung zum sozialen Leben zu bewirken. Dem liberalistischen Standpunkt gegenüber formulierte *Gemmingen* seine nationalsozialistischen Strafrechtsideen dahin, der Staat müsse »Genugtuung durch Leidenlassen des Leidenstifters wollen, mag dies auch — anders gesehen — der Gemeinschaft nichts nützen, sondern sinnlose Vernichtung bedeuten«, während *Nicolai* als strenger Determinist die Lehre von der Willensfreiheit als unwürdig des arischen Denkens bezeichnet und in seiner rassengesetzlichen Rechtslehre der Strafe lediglich eine Auslesefunktion zuerkennt, indem er von lebenslänglicher Absonderung spricht, weil er behauptet, daß die fehlerhafte Erbanlage als Hauptursache für das Zustandekommen des Verbrechens sich nicht ändern bzw. bessern lasse.

Das bisherige deutsche Strafrecht war ein ausgesprochenes Erfolgsstrafrecht, es knüpfte an den Erfolg der Tat an. Aus der nationalsozialistischen Geisteshaltung ist das Willensstrafrecht geboren, das Hauptgewicht wird nicht so sehr auf die Tat, sondern auf den Täter mit seinem verbrecherischen Willen gelegt, sofern er eine konkrete Gefährdung der völkischen Rechtsordnung bedeutet. Des weiteren legt Dr. Karl Krug, Oberstaatsanwalt im Reichsjustizministerium, im 2. Band von »Grundlagen, Aufbau und Wirtschaftsordnung des nationalsozialistischen Staates« dar, daß im neuen Strafrecht nicht nur die schuldhafte Vollendung der Tat, sondern ebenso der Beginn mit dem verbrecherischen Vorsatz zur Vollendung als strafwürdig angesehen und entsprechend geahndet würde. Die Tat als solche sei nicht schuldhaft, sondern der Wille. Es wäre im wesentlichen gleichgültig, ob der Entschluß nur zu den allerersten Schritten der Ausführung geführt habe oder die Tat schon vollständig geworden sei. Nicht wegen des Erfolges der Tat, sondern wegen der Betätigung seines verbrecherischen Willens nach dem Grad der von ihm sich vorgestellten, nicht einmal objektiv tatsächlichen Gefährdung einer Verletzung des Rechtes sei der Täter zu bestrafen.

Schuldhaftes Verhalten liegt bei einem Täter jedoch nur dann vor, wenn er für seine Taten zurechnungsfähig ist. Für den Ausdruck der Zurechnungsfähigkeit findet der eingeführte Begriff der Schuldfähigkeit sinnvollere Anwendung. Es widerstrebt aller klaren Einsicht, den Unzurechnungsfähigen bzw. Schuldunfähigen wie einen Geistesgesunden für sein verkehrtes Handeln strafen zu wollen, wenn ihm zufolge geistiger Störung die Fähigkeit fehlt, das Unerlaubte seiner Handlungsweise einzusehen oder nach dieser

Digitized by Google

Einsicht zu handeln. Und es entspricht vernünftigen Erwägungen, daß, wenn die diesbezügl. Fähigkeit z. Zt. wegen krankhafter Geistesstörung erheblich vermindert war, unter Umständen die Strafe gemildert werden kann. Das besagt die neue Fassung des § 51 Str.-G.B., Absatz I und II. In der neuen Fassung ist der Begriff der freien Willensbestimmung verschwunden, wenngleich es sich hierbei auch früher nie um die philosophische Auslegung des Indeterminismus gehandelt hat. Schließlich handelt ja auch von jeher der theoretisierende Determinist so, als ob es praktisch eine frei Willensbestimmung gäbe, d. h. als ob der Verbrecher ebensogut so, aber auch anders könne. Man hat mit Recht von einem relativen Determinismus und relativen Indeterminismus gesprochen. Und die Weltanschauung des Nationalsozialismus ist bezüglich der Erkenntnis von Blut und Rasse schließlich ja auch weitgehendst deterministisch eingestellt, rückt jedoch von der Annahme der Unverantwortlichkeit des menschlichen Tuns entschieden ab und sieht den Willen als Primat der Triebkraft an. Nach dem nationalsozialistischen Strafrecht wird der Verbrecher nicht nur im Sinne der Vergeltungstheorie bestraft, sondern, wenn es die öffentliche Sicherheit erfordert, nach Verbüßung seiner Strafe im Sinne des Prinzips der Schutztheorie untergebracht zugleich mit dem zu erwartenden Erfolge, daß die Internierung ihm zur Besserung gereicht. Mit der Durchführung dieser sogenannten Zweispurigkeit des Strafrechtes hat die deutsche Gesetzgebung Neuland betreten. Bereits früher hatte sich in anderen Ländern der Sicherungsgedanke durchgesetzt und auch in Deutschland ist schon seit Jahren bei dem Entwurf eines neuen Strafrechtes dieses Problem reichlich diskutiert worden. Jedoch konnte sich der damalige Parlamentarismus über die notwendigen Maßnahmen nicht einigen. Es blieb der nationalsozialistischen Staatsführung vorbehalten, der seit langem notwendigen Reform des Strafrechtes zum Siege zu verhelfen. Durch das Gesetz vom 24. 11. 1933 gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung wird das deutsche Volk viel wirkungsvoller als früher vor dem Verbrecher selbst geschützt und schließlich auch vor dem erblich belasteten Nachwuchs bewahrt.

Die Maßnahmen der Sicherung und Besserung an sich sind keine Strafmaßnahmen, was schon daraus hervorgeht, daß ihre Verhängung ausdrücklich neben der Strafe erfolgt; sie werden von *Meggendorfer* bezeichnet als Maßnahmen zur Überwindung der Strafe, die gelöst werden solle aus der Sinnlosigkeit der bloßen Übelzufügung, indem sie sich der spezialpräventiven Zielsetzung bediene. Der Strafvollzug im Sinne einer als empfindliches Übel auszugestaltenden Freiheitsentziehung ist geeignet, einmal den Täter selbst nachhaltig und fühlbar zu treffen, daß er in der Folge-

Digitized by Google

zeit vor weiteren verbrecherischen Handlungen zurückschreckt, sodann soll der Strafvollzug der Allgemeinheit als Generalprävention eine eindrucksvolle Warnung sein und stets vor Augen stellen, daß kein Rechtsbruch ungesühnt bleibt.

Die Entscheidung, ob ein gemäß früheren § 51 wegen Zurechnungsunfähigkeit außer Verfolgung gesetzter oder freigesprochener Angeklagter in einer geschlossenen Anstalt unterzubringen und wie lange er dort zu verwahren war, traf bisher die Polizeibehörde, der Strafrichter hatte keinen Einfluß darauf, was weiter mit einem solchen Rechtsbrecher geschah; oft genug kam es vor, daß im Verwaltungsstreit über die Kostenfrageregelung die an sich notwendige Anstaltsinternierung zum Nachteil der Öffentlichkeit einfach versäumt wurde. Es blieb so der Anschein nicht aus, als ob die Zuerkennung des früheren § 51 dem durchtriebenen Verbrecher einen Freibrief an die Hand gab, in der Folgezeit unbekümmert und ohne Furcht vor Strafe seinen kriminellen Neigungen weiter nachzugehen. Der sattsam zitierte »Jagdschein« wird mit dem neuen Strafrecht ein für allemal aus der Mentalität des Publikums verschwinden. Die Zuerkennung des heutigen § 51, Absatz I oder II, erweist sich für den nicht zurechnungsfähigen, bzw. vermindert zurechnungsfähigen Rechtsbrecher keineswegs mehr als eine willkommene Angelegenheit. Die Zeit, als sich der Verbrecher über das Gesetz lustig machen konnte, ist vorbei und das ironische Gebet des Rechtsbrechers »Lieber Gott und Vater erhalte uns die Psychiater« hat endgültig seine unrühmliche Bedeutung verloren.

Die Frage, in welchem Falle die öffentliche Sicherheit die Unterbringung der dem § 51 Str.G.B. unterworfenen Rechtsbrecher in Heil- oder Pflegeanstalten erfordert, beantwortet *Leppmann* mit folgenden sich nach § 42b ergebenden Möglichkeiten und formuliert diese so:

»a) Es liegt eine Straftat vor, deren Wiederholung die öffentliche Sicherheit wesentlich gefährden würde, und der Täter leidet an einer Geisteskrankheit, welche solche Wiederholungen befürchten läßt. Dann muß Unterbringung erfolgen, und zwar mit dem Vorbehalt, daß bei entsprechender Besserung des Krankheitszustandes die Unterbringung aufgehoben werden muß.

b) Es liegt eine leichte Straftat vor, aber es enthüllt sich eine gefährliche, entweder dauernde oder in häufigen Anfällen offenbar werdende Seelenstörung, auch dann ist Unterbringung geboten.

c) Nicht so sehr die Art der Krankheit wie die Persönlichkeit des Täters gefährdet die öffentliche Sicherheit. Dann müßte die Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt erfolgen und gegebenenfalls eine Verwahrung auch nach Abklingen der Krankheit fortbestehen.

d) Das Gleiche trifft zu, wenn bei einer gefährlichen Persön-

Digitized by Google

lichkeit die Annahme der Geistesstörung sich nachträglich als unzutreffend erweist.

e) Liegt dagegen eine Straftat vor, die einen noch so schweren Verstoß gegen die öffentliche Sicherheit darstellt, gibt aber weder ein fortdauernder Krankheitszustand noch Charakter und Lebensführung des Exkulpierten Grund zu der Annahme, daß eine ähnliche Tat sich wiederholen möchte, so ist eine Unterbringung unzulässig.

f) Bei allen übrigen Exkulpierten ist von Fall zu Fall nach dem Grade der Rückfallsgefahr und nach der sozialen Bedeutung der zu erwartenden Handlungen zu entscheiden, ob die öffentliche Sicherheit die Unterbringung erfordert. Die Grenzen dieses schwer abgrenzbaren Begriffes wird die Rechtsprechung wohl erst allmählich abstecken helfen.«

Zu c) und d) hält *Leppmann* das Gesetz für ergänzungsbedürftig. Wenn keine erheblich krankhafte Geistesbeschaffenheit fortbestehe und nur die kriminelle Gesinnung oder Gewöhnung des Untergebrachten seine weitere Internierung erfordere, dann gehöre er nicht mehr in die Heil- oder Pflegeanstalt, sondern in die Sicherungsverwahrung.

Die sogenannte Sicherungsverwahrung ist an sich wohlgemerkt eine Maßnahme gegen verurteilte, gefährliche Gewohnheitsverbrecher. Was den Begriff des Gewohnheitsverbrechers anbetrifft, so soll dieser Begriff nicht formaljuristisch bestimmt werden. Die geltenden Auffassungen, niedergelegt in »Das neue Deutsche Reichsrecht von Pfundtner-Neubert«, bezeichnen als Gewohnheitsverbrecher einen besonderen Tätertypus, der von anderen Tätertypen nach kriminalbiologischen und kriminalsoziologischen Merkmalen verschieden sei. Der Gewohnheitsverbrecher müsse zunächst vom Gelegenheitsverbrecher unterschieden werden, der bisher unbescholten im Affekt oder aus einer Notlage heraus zu einer strafbaren Handlung hingerissen würde, die seiner Eigenart fremd bliebe und eine bitter bereute Episode seines Lebens bedeute. Positiv sei er mit einem Hang zum Verbrechen gekennzeichnet, der auf antisozialen Anlagen, Einflüssen der Umwelt, Erwerbsgier, bewußter Ablehnung der Gesellschaftsordnung, Verkommenheit, Laster, Haltlosigkeit, Willensschwäche und anderen Ursachen beruhen könne. Gewohnheitsverbrecher im Sinne des Gesetzes seien nicht nur die willensschwachen, haltlosen und passiven Elemente, die jeder Versuchung unterliegen und immer wieder entgleisen, sowie die sogenannten gewohnheitsmäßigen Gelegenheitsverbrecher, sondern auch die aktiven Verbrechertypen, die durch eine ungewöhnliche Stärke und Verwerflichkeit des verbrecherischen Willens gekennzeichnet sind. Der Begriff des Gewohnheitsverbrechers schließe hiernach auch die Berufsverbrecher ein, bei denen

Digitized by Google

der Hang zum Verbrechen auf dem Willen beruhe, durch Verbrechen ihren Lebensunterhalt zu verdienen. Er umfasse nicht nur Eigentumsverbrecher, sondern auch Gewalttätigkeitsverbrecher, Rohlinge, Sittlichkeitsverbrecher, Zuhälter, aber auch unentwegte politische Verbrecher. Der Gewohnheitsverbrecher sei gefährlich, wenn von ihm weitere erhebliche Angriffe auf strafrechtlich geschützte Güter irgendwelcher Art zu erwarten seien. Dabei sei es gleichgültig, ob durch diese Angriffe die Allgemeinheit, das ist ein unbestimmt großer Personenkreis, oder nur einzelne bestimmte Personen betroffen werden. Für die Anwendung der Maßregeln der Sicherung und Besserung sei die Gefährlichkeit nach dem voraussichtlichen künftigen Verhalten des Verurteilten, wie es z. Zt. der Entscheidung als wahrscheinlich angenommen sei, zu bemessen. Bei der nachträglichen Gesamtwürdigung der Taten ist diese Eigenschaft als gefährlicher Gewohnheitsverbrecher vom Strafrichter festzustellen. — Der Begriff des gefährlichen Gewohnheitsverbrechers ist deshalb so eingehend zitiert worden, weil gefährliche Gewohnheitsverbrecher im Sinne des § 20a Str.G.B. auch vermindert zurechnungsfähige Rechtsbrecher sein können, ja diese sollen sogar einen wesentlichen Teil der Gewohnheitsverbrecher umfassen. So kann also ohne weiteres die Anordnung der Sicherungsverwahrung auch eine Maßregel gegen vermindert Zurechnungsfähige werden, wenn sowohl die Voraussetzungen des § 42b als auch diejenigen des § 42e erfüllt sind. Bei dieser Sachlage kann der Richter zwischen der Unterbringung in eine Heil- oder Pflegeanstalt und der Sicherungsverwahrung wählen, indem er dabei die Persönlichkeit und den Grad des krankhaften Zustandes zu berücksichtigen und zu prüfen hat, ob der Täter sich mehr für die Heil- oder Pflegeanstalt oder für die Sicherungsverwahrung eignet. Der Richter kann schließlich nach § 42n, der besagt, daß Maßregeln der Sicherung und Besserung nebeneinander angeordnet werden können, auf beide Maßnahmen zugleich erkennen und es dem Vollzuge überlassen, in welche Anstalt der Verurteilte endgültig eingewiesen werden soll. Zu erwähnen ist hier noch das sogenannte Sicherungsverfahren des Ausführungsgesetzes gemäß § 429a Str.P.O., welcher lautet: Liegen Anhaltspunkte dafür vor, daß der Beschuldigte eine mit Strafe bedrohte Handlung im Zustande der Zurechnungsunfähigkeit begangen hat und führte die Staatsanwaltschaft das Verfahren wegen der Zurechnungsunfähigkeit des Beschuldigten nicht durch, so kann sie den Antrag stellen, die Unterbringung des Beschuldigten in einer Heil- oder Pflegeanstalt selbständig anzuordnen. Und der § 126a Str.P.O. bestimmt, daß, wenn dringende Gründe für die Annahme vorhanden sind, daß jemand eine mit Strafe bedrohte Handlung im Zustande der Zurechnungsunfähigkeit oder der verminderten Zurechnungsfähigkeit begangen

Digitized by Google

hat und seine Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt angeordnet werden wird, das Gericht durch Unterbringungsbefehl seine einstweilige Unterbringung anordnen kann, wenn die öffentliche Sicherheit es erfordert.

Die genannten Paragraphen sind deswegen angezogen worden, weil sie allgemein noch nicht bekannt genug sein dürften, ihre Kenntnis aber auch im Hinblick auf die vorliegende Statistik der hundert Untergebrachten von Wichtigkeit ist.

In Erfüllung des Gesetzes gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung kommen also für die Unterbringung in Heil- oder Pflegeanstalten lediglich strafrechtlich unzurechnungsfähige und vermindert zurechnungsfähige Rechtsbrecher in Frage, wenn sie bei ihrer geistigen Abnormität die öffentliche Sicherheit gefährden. Unsere Irrenanstalten waren aber niemals Strafvollzugsanstalten und sind, das muß immer wieder klargestellt werden, keine »Sicherungsverwahrungsanstalten« geworden. Die Heilanstalten haben im Vollzug der Unterbringung an Ansehen einer Heilanstalt im Sinne eines Krankenhauses an sich nichts eingebüßt, da es sich bei den Untergebrachten stets um irgendwie geistig defekte Menschen, also um Kranke handelt, die mit den den Heilanstalten typischen Mitteln ärztlich betreut werden. Die Heilanstalten waren bisher Stätten des Schicksals, sofern sie nun aber gehalten sind, vermindert zurechnungsfähige Verurteilte nach § 42b aufzunehmen, mußten sie diesen Charakter ändern und wurden auch zu Stätten der Schuld, mag sich der Psychiater im Hinblick auf sein Berufsethos als Arzt auch noch so sehr gegen diese Tatsache sträuben. Mit der Zeit wird sich auch die öffentliche Meinung sicher dagegen wehren, daß unbescholtene Geisteskranke in dieselben Anstalten kommen, die zu Hunderten Verbrecher (wenn auch geistig abnorme) beherbergen. So sei nur beispielsweise gesagt, daß auf der ruhigen Frauenwache, Aufnahmeabteilung der Heilanstalt Eickelborn, sich z. Zt. eine Oligophrene befindet, die Brandstiftung begangen hat (Fall 16), eine Epileptika, die im Dämmerzustand ihre Kinder ins Wasser geworfen hat, wobei ein Kind ertrank (Fall 91) und eine Manisch-Depressive, die ihrem Enkelkind im Keller ihres Hauses mit einem Beil den Schädel gespalten hat. (Diese Kranke ist unter den 100 Fällen nicht aufgeführt, da späterer Zugang.) So sehen schon jetzt die Verhältnisse, wohlgemerkt, auf einer ruhigen Aufnahmeabteilung aus, wo größtenteils völlig harmlose, im allgemeinen leidlich geordnete, dabei empfindsame und zum Teil recht kritische Kranke Aufnahme finden. Ihre Vermischung mit kriminellen Elementen kann natürlich nicht geheim bleiben. Allein die Tatsache, daß die Heilanstalt Eickelborn wegen ihres angegliederten Bewahrhauses schon immer unter den übrigen Anstalten der Provinz die meisten krimi-

Digitized by Google

nellen Geisteskranken aufzunehmen hatte, hat ihrem Ansehen als Heilanstalt in der Öffentlichkeit von jeher einen gewissen unvermeidbaren Mißkredit eingetragen. Ihr Ruf wird sich durch den ihr nun obliegenden Vollzug der Unterbringung erst recht nicht heben können. Im Interesse der reinlichen Scheidung wäre es doch empfehlenswert, daß besondere, mit den vorhandenen Heilanstalten nicht verbundene Anstalten für vermindert zurechnungsfähige Verbrecher geschaffen werden. Vorhergehen muß eine Umstellung im Denken. Man sollte sich frei machen von der Vorstellung, daß das Krankhafte etwas Berechtigtes sei, das auf Kosten des Gesunden Anspruch auf Anerkennung hätte. Zumindest ist die Anschauung vertretbar, daß der vermindert zurechnungsfähige Verbrecher nicht so sehr als Kranker, der nach allen Methoden der modernen Irrenpflege zu betreuen ist, sondern in erster Linie als Rechtsbrecher, vor dem die Gesunden geschützt werden müssen, angesehen wird. Die Unterbringung soll keine Strafe sein, so genießen heute die geistig abnormen Rechtsbrecher in der Irrenanstalt auch alle Vorteile wie die Geisteskranken, die kein Verbrechen begangen haben. Das ist eine Gleichsetzung, die das Rechtsgefühl verletzt. *Kapp* hält es für zweckmäßig, manche vermindert zurechnungsfähige Rechtsbrecher — er nennt vor allem die vom Altersabbau betroffenen Kindesschänder — anstatt in Heil- oder Pflegeanstalten in geschlossene oder halboffene Altersheime zu überweisen. Ferner schlägt er vor, die kriminellen Psychopathen (psychopathische Gewohnheitsverbrecher) nicht zwangsläufig, wie die Gerichte es mit Vorliebe tun, in die Heil- oder Pflegeanstalten zu stecken, sondern sie möglichst in die Sicherungsverwahrungsanstalten zum Daueraufenthalte einzuweisen, woraus sie bei etwaigem Auftreten psychotischer Zustände zwecks Behandlung über die Strafanstaltsbeobachtungsabteilungen jeweils kurzfristig in die Heil- und Pflegeanstalten verlegt werden könnten. In gleicher Weise setzt *Trunk* sich dafür ein, daß in sehr vielen Fällen nicht nur der § 42b, sondern auch der § 42e für die Internierung geistig abnormer Rechtsbrecher anwendbar sei. Er sagt mit Recht, daß die Psychopathen, Neurotiker, Hysteriker, die abnorm auf Haft oder andere Situationen Reagierenden, dazu jene Kriminellen, die bei früheren Strafverbüßungen durch ihr Verhalten wie Fremdkörperschlucken, Selbstbeschädigung, Selbstmordtheater, absurdes Querulieren ihre Haftunfähigkeit darzutun versuchten, vorwiegend die ungeeigneten Elemente seien, die die Heilanstalten auf Grund des § 42b unnötig belasteten. Für diese bringt er die Anwendung des § 42e als Mittel zur Freihaltung der Anstalten von solchen Elementen in Vorschlag. *Leppmann* empfiehlt, gesetzliche Grundlagen für die Überführung gemeingefährlicher Krimineller, die sich in der Heil- oder Pflegeanstalt als nicht mehr heil- oder pflegebedürftig er-

Digitized by Google

weisen, in Sicherungsverwahrungsanstalten zu schaffen. Ebenso wünscht Walther-Neustadt, daß Sicherungsverwahrung nachträglich auf Grund der Beobachtung in der Anstalt beschlossen werden könnte, wenn sich herausstellt, daß Heilanstaltsunterbringung nicht zweckmäßig oder notwendig ist. *Wilmanns* hält von vornherein unsere bestehenden Heil- oder Pflegeanstalten nicht für den gegebenen Ort, vermindert zurechnungsfähige Rechtsbrecher in größerer Menge zu verwahren, weil die Zustände verminderter Zurechnungsfähigkeit in erheblicher Weise ärztlicher Behandlung und Beeinflussung doch nicht zugänglich seien. Abgesehen von einer sogenannten »Spätreife« gäbe es keine Besserung oder Heilung psychopathischer Charaktere, wenigstens keine der geistig abnormen Verbrecher; denn die einer Therapie zugänglichen Psychopathen gäben im allgemeinen nicht den Anstoß zu einer kriminellen Lebensführung und fänden sich daher so gut wie nie in den Strafanstalten. Er fordert seinerseits für die Sicherung der vermindert zurechnungsfähigen Rechtsbrecher besondere, ausschließlich für diese bestimmte Anstalten, die unter psychiatrischer Leitung stehen und mit einem sehr reichlichen, für diese Aufgabe ausgewählten und ausgebildeten Hilfspersonal ausgestattet sein müßten.

Da im Zuge der Zeit viele private karitative Irrenhäuser aufgelöst werden, bietet sich nun m. E. günstige Gelegenheit genug, ohne allzugroße Aufwendungen einzelne dieser Anstalten von Staatswegen in solche lediglich für die Unterbringung vermindert zurechnungsfähiger Rechtsbrecher umzuwandeln. Was die Kostenfrage einer zwecks Unterbringung vermindert zurechnungsfähiger Rechtsbrecher nach § 42b einzurichtenden Sonderanstalt anbetrifft, so werden trotz der durchaus berechtigten Forderung *Wilmanns* nach einem nicht nur geeigneten und geschulten, sondern auch zahlreichen Hilfspersonal für eine solche Anstalt die im Haushaltsplan einer Anstalt einen Hauptfaktor ausmachenden Personalkosten immerhin sich wesentlich geringer stellen als für eine Heil- oder Pflegeanstalt. Nach der ganzen Art der vermindert Zurechnungsfähigen handelt es sich ja durchweg um körperlich gesunde, nicht an ausgesprochenen Geisteskrankheiten leidende Rechtsbrecher, die in erster Linie disziplinierender Aufsicht, weniger irrenpflegerischer Betreuung bedürfen. In einer solchen Anstalt brauchten nur wenige und einfache Wachabteilungen eingerichtet zu werden, um Insassen mit Neigung z. B. zu homosexueller Betätigung oder sonstigen verkehrten Handlungsweisen streng zu kontrollieren. Im Gegensatz zur modernen Irrentherapie dürften auch als erziehliche Maßnahmen aus praktischen Gründen freigiebiger Isolierungen angewandt werden. Überhaupt wäre in einer solchen Anstalt eine recht straffe Hausordnung am Platze, gilt ja schon sowieso für

Digitized by Google

die in der Heil- oder Pflegeanstalt nach § 42b Untergebrachten der Arbeitszwang, wie er dem Arbeitszwang bei Gefängnisstrafe gleicht, indem der Absatz 2 des § 42i ausdrücklich bestimmt, daß die in einer Heil- oder Pflegeanstalt, einer Trinkerheilanstalt oder einer Entziehungsanstalt Untergebrachten innerhalb oder außerhalb der Anstalt entsprechend ihren Fähigkeiten und Verhältnissen auf angemessene Weise beschäftigt werden können. Angesichts der Bedeutung der Arbeitstherapie ist eine solche Bestimmung von ganz besonderem Wert. Gemäß dem Sicherungszweck, dem die Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt in erster Linie dient, wäre bei einer einzurichtenden Sonderanstalt auch an eine Bewaffnung des Aufsichtspersonals zu denken, eine Einrichtung, die für das Pflegepersonal einer Heilanstalt im Hinblick auf die Aufgabenstellung eines Krankenhauses mit Recht als verpönt gilt. Weiter wäre zur Unterstützung des Hilfspersonals bei seinem Aufsichtsdienst und auch zu seinem eigenen Schutze die Einführung von Wach- bzw. Schutzhunden empfehlenswert, eine Einrichtung, wie sie ja beispielsweise in der Heilanstalt Eickelborn besteht, wodurch erst die willkommene Beschäftigung auch sozial schwieriger Kranker in der Außenkolonne möglich wird. Wenngleich die Bewachung von Geisteskranken durch Schutzhunde in gewisser Hinsicht keine ganz sympathische Angelegenheit bedeutet, so dürften doch solche Bedenken bei der Bewachung vermindert zurechnungsfähiger Rechtsbrecher völlig wegfallen. Wie die sogenannte Sicherungsanstalt im Vollzug des nationalsozialistischen Gesetzes vom 24. Nov. 1933 gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung eine Neuschaffung wurde, so muß auch die Sonderanstalt für die »Unterbringung« der vermindert zurechnungsfähigen Rechtsbrecher nach § 42b Wirklichkeit werden. Eine Sonderanstalt für Untergebrachte brauchte selbst kein gesichertes Bewahrhaus zu besitzen, besonders heikle Fälle, sei es im Hinblick auf die kriminelle Tat oder die Schwere der Geisteskrankheit — vgl. z. B. den Fall Sch. (Nr. 99) — müßten doch dem einer Heilanstalt angegliederten Bewahrhause zugeführt werden, wie die Unterbringung der nach § 51 Abs. 1 Exkulpierten in der Regel den Heilanstalten reserviert bleiben muß. Zu beachten dürfte ferner sein, daß die oben geforderte straffe Arbeitstherapie in den Sonderanstalten unter der Anwendung von Zwangsmaßnahmen durchaus geeignet ist, zum Ausgleich der öffentlichen Lasten weit größere Einnahmen zu erzielen, als wie die therapeutischen Arbeitsmethoden in Heil- und Pflegeanstalten es ermöglichen. Da übrigens das Gesetz für die geistig abnormen Rechtsbrecher die Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt verlangt, müßte ja für die einzurichtende Sonderanstalt zumindesten der Charakter einer »Pflegeanstalt« gewahrt bleiben. Das

Digitized by Google

würde unter allen Umständen erreicht dadurch, daß sie einer ärztlich-psychiatrischen Leitung unterstellt würde, dabei genügte für eine Anstalt von z. B. 600 Untergebrachten eine ärztliche Kraft, und der Verwaltungsapparat nebst Büropersonal brauchte gar nicht zahlreich zu sein. Da die Dauer der Unterbringung in der Regel Jahre dauert, wäre mit einem geringen Wechsel der Untergebrachten zu rechnen, und da auch Beurlaubungen der Untergebrachten entfallen, würde sich damit viel büromäßiger Schreibkram erübrigen. Sodann wäre ernstlich zu erwägen, ob bei einer solchen Anstalt, die ja dem Landesfürsorgeverband letzten Endes unterstellt wäre, eine eigene Kassenführung erläßlich sei. Ein in Verwaltungs- und Gesetzeskenntnissen bewanderter Arbeitsinspektor könnte die Wirtschaftsabteilung leiten und müßte dazu die übrigen Verwaltungsgeschäfte erledigen. Bezüglich Personalbedarfs und Erträgnissen aus Arbeitsleistungen der Insassen an einer solchen Sonderanstalt mögen als charakterlich einer Sonderanstalt am nächsten stehend die diesbezüglichen Zahlen der Prov.-Arbeitsanstalt Benninghausen i. Westf. herangezogen werden. Z. B. entfielen im Jahre 1934 auf 1 männliche Aufsichts- bzw. Pflegeperson in Benninghausen 9,5 Insassen, in Eickelborn 6,3 Insassen. Bei Errechnung dieses Verhältnissatzes ist das in den Werkstätten der Anstalten tätige Handwerkerpersonal mit hinzugenommen worden, während aber bei der Heilanstalt Eickelborn das Bewahrhaus mit seinem Verhältnis von 1 Pfleger auf 2,3 Kranke unberücksichtigt blieb. Bezüglich der Arbeitserträgnisse von seiten der Insassen beider Anstalten stehen mir aus dem Jahre 1932 folgende Angaben zur Verfügung. Hiernach wurde in Benninghausen unter Ausschaltung der einsitzenden Geschlechtskranken und Trinker, die zur Arbeitsleistung im Sinne dieser Ausführungen nicht herangezogen wurden, im Durchschnitt pro Kopf und Verpflegungstag 0.46—0.50 RM. eingenommen, indem sich diese Einnahmen nur erstreckten auf Leistungen im Handwerksbetrieb der Anstalt oder im Tagelohn für Dritte. Eine Berechnung von Beschäftigungsleistungen für die Anstaltsbedürfnisse selbst hat dabei nicht stattgefunden, das Gleiche gilt für die Heilanstalt Eickelborn. Im übrigen lassen sich die finanziellen Erträgnisse aus der Arbeitstherapie einer Heilanstalt kaum schätzungsweise feststellen, indem nur ein Teil der bei der Anstaltskasse nach Abzug des eingekommenen Pflegegeldes übrig bleibenden Beträge als Maßstab zugrunde gelegt werden kann. Bei vorsichtiger Schätzung dürfte sich dann pro Kopf und Arbeitstag bei der Heilanstalt Eickelborn für Arbeitsleistungen der Kranken ein Betrag von nur —.08 RM. ergeben. Die Arbeitsanstalt kann also günstiger wirtschaften, und noch vorteilhafter würden die Verhältnisse liegen bei einer einzurichtenden Sonderanstalt für »Untergebrachte«, zumal für eine solche Anstalt 1 Auf-

Digitized by Google

sichtsperson auf 10 Insassen genügte. Unter der Zugrundelegung einer Belegstärke von 600 Insassen wäre an Verwaltungs- und Büropersonal anzusetzen für die Wirtschaftsabteilung 1 Inspektor, 1 Lagerverwalter, 2 Büroangestellte, für die Verwaltungsabteilung 1 Landessekretär in besonderer Stellung zugleich als Vertreter des Inspektors sowie 1 Büroangestellter.

Zwecks Aufnahme der vom Gericht zur Unterbringung verurteilten geistig abnormen Rechtsbrecher ist die Heilanstalt Eickelborn als einzige in der Provinz Westfalen dem Generalstaatsanwalt in Hamm für weibliche und männliche Personen zur Verfügung gestellt worden. Die Bestimmung der Heilanstalt Eickelborn erfolgte wohl aus dem Grunde, weil Eickelborn allein von den 7 westfälischen Prov.-Heilanstalten ein festes Bewahrhaus besitzt. Das Bewahrhaus hat aber nur 52 Plätze, von denen ein großer Teil für nicht kriminelle, aber besonders schwierige, unsoziale Kranke benötigt wird. Im übrigen erfordert der Zustand der gerichtlich Untergebrachten, ganz abgesehen vom Platzmangel, im Bewahrhause, nicht immer ihre vollkommene fluchtsichere Unterbringung, wie oben ausgeführt wurde. Der größere Teil der Untergebrachten befindet sich auf anderen Abteilungen der Anstalt, zum Teil auf Wacheabteilungen, zum nicht geringen Teil aber auch auf freieren Abteilungen ohne Wache. Es muß aber betont werden, daß eine derartige Unterbringung außerhalb des Bewahrhauses, solange es keine Sonderanstalten gibt, in anderen Heilanstalten ebensogut möglich wäre wie bei uns. Die Aufnahmefähigkeit unserer Anstalt wird sonst immer mehr und zwar so stark abnehmen, als Eickelborn die in Frage kommenden Kranken aufzunehmen verpflichtet ist. Von den z. Zt. hier befindlichen gerichtlich Untergebrachten wird zudem weitaus der größere Teil 3 Jahre lang hier bleiben, in vielen Fällen wird sich sogar eine Unterbringungsverlängerung als notwendig erweisen, worüber später noch nähere Ausführungen gemacht werden sollen. Die Heilanstalt Eickelborn läuft Gefahr, sich nach und nach mit Untergebrachten regelrecht zu bevölkern. Es ist daher nach Lage der Dinge schon jetzt geboten, den Vollzugsplan zu erweitern, derart, daß Eickelborn zunächst wie bisher alle Fälle erhält, deren Unterbringung nach § 42b Str.G.B. oder auch nach § 126a Str.P.O. angeordnet wird, um nach Ablauf einer gewissen Zeit und eingehender Sichtung geeignete harmlosere Fälle zur Entlastung der H.A. Eickelborn in andere Heilanstalten zu überführen.

Über die ersten auf Grund des Gesetzes vom 24. Nov. 1933 hier untergebrachten hundert Rechtsbrecher sollen im folgenden und an Hand beiliegender Tabellen einige statistische Angaben gemacht werden. Ein jeder der hier gerichtlich untergebrachten Rechtsbrecher ist durch eine kurze Beschreibung bezüglich seines Lebenslaufes, seines sozialen, soziologischen und kriminellen Verhaltens kriminalbiologisch skizziert unter Stellung der psychiatrisch gesi-

Digitized by Google

cherten Diagnose und unter Hervorhebung seiner letzten Straftat, die zur Unterbringung in die Anstalt führte. Bei der tabellarischen Übersicht wurde aus Gründen der Vereinfachung nur das letzte Hauptdelikt genannt. Es darf jedoch nicht außer acht gelassen werden, daß in der Mehrzahl der Fälle das Urteil auf Grund mehrerer, gleichartiger oder verschiedenartiger Delikte erfolgte. Es handelt sich bei den ersten hundert Untergebrachten um 87 Männer und 13 Frauen. Die erste Unterbringung erfolgte hier am 21. 4. 1934, bis zu Beginn des Jahres 1937 rundete sich die Zahl der Unterbringungen auf 100, deren einzelne Fälle nun folgen:

○ 1. H. R., geb. 12. 7. 1897, bei Aufnahme 37 Jahre alt. In der Volksschule gut gelernt. Mit 13 Jahren bei der Menarche erster epil. Krampfanfall. Fiel plötzlich hin, hatte Zuckungen an Armen und Beinen, war längere Zeit verstört, zog die Kleider aus, wollte nackt ins Freie laufen. Nach Schulentlassung auf einer Zeche Putzstelle versehen. Neigte zu sexuellen Ausschweifungen. 1917 Schwangerschaftsunterbrechung. Anschließend wegen ihrer geschlechtlichen Triebhaftigkeit in die Betheler Anstalten, wo sie bis 1921 verblieb, wurde von den Eltern nach Hause geholt. Hatte in der Anstalt durchschnittlich 25 schwere epileptische Krampfanfälle und etwa 400 Schwindelanfälle jährlich. War dort jähzornig, zänkisch, brutal gewalttätig, hat einmal den Arzt gebissen. Nach Entlassung aus der Anstalt 1923 Heirat mit einem 22 Jahre älteren Witwer, der aus seinen vorherigen zwei Ehen 10 z. T. schon erwachsene Kinder hatte. Sie selbst hat von diesem Mann 2 gesunde Kinder. 1928 verbrühte sie sich in einem Anfall mit heißem Wasser schwer an Brust und Bauch. Die Ehe wurde sehr unglücklich, der Mann trank und mißhandelte sie, sie knüpfte Beziehungen mit anderen Männern an. Trieb mit ihrem Hauswirt Ehebruch. 1933 legte sie in einem Verwirrtheitszustande ihr Kind statt ins Bett auf die heiße Herdplatte. Herbst 1933 steckte sie das Haus des Hauswirts an. Wurde von Anklage der Brandstiftung freigesprochen gemäß § 51 Abs. 1, Unterbringung in eine H. A. Zugeführt am 21. 4. 1934. Hier zeitweise sehr erregt, schimpft, geht auch aggressiv gegen ihre Umgebung vor, kann bei Arbeit Zufriedenstellendes leisten.

Diagnose: erbl. Fallsucht. — Körperbautyp: pyknisch. — Rasse: fälisch.

□ 2. C. B., geb. 7. 5. 1877, bei Aufnahme 57 Jahre alt. Verstorbene Schwester hatte Hasenscharte, Tochter der Tante väterlicherseits war in einer H. A. Besuchte Volksschule mit geringem Erfolge. Erlernte Bäckerhandwerk. Mit 27 Jahren geheiratet, 2 Kinder. 31jährig erstmals bestraft wegen Sittlichkeitsverbrechen in 14 Fällen, in Tateinheit mit widernatürlicher Unzucht, versuchten Sittlichkeitsverbrechen in 3 Fällen, tätlicher Beleidigung in 2 Fällen und widernatürlicher Unzucht mit 3 Jahren Zuchthaus und 5 Jahren Ehrverlust. 55jährig erneut wegen Sittlichkeitsverbrechen unter Anklage, gemäß damaligem § 51 Freispruch. 1934 wegen desselben Delikts wiederum unter Strafverfolgung. Auf Grund des § 51 Abs. II 4 Monate Gefängnis und Unterbringung in eine H. A. gemäß § 42b. Zuführung am 21. 11. 1934. Verhalten hier geordnet, fleißig, ruhig, sehr nützlicher Arbeiter in der Anstaltsbäckerei. Wurde gelegentlich doch dabei ertappt, als er sich in homosexueller Neigung zu einem anderen Kranken ins Bett legte. Deshalb zurück zur Wachabteilung.

Diagnose: angeb. Schwachsinn. — Körperbautyp: pyknisch. — Rasse: nordisch.

Digitized by Google

□ 3. W. Sch., geb. 30. 7. 1908, bei Aufnahme 26 Jahre alt. In der Volksschule zweimal sitzen geblieben. Maurer gelernt. Außer Tripper nicht krank gewesen. Seit 1930 auffällig in seinem Benehmen, litt seit 1934 an Angstzuständen, befürchtete, seine Frau wolle ihn vergiften, triebe Ehebruch. Unter dem Einfluß solcher Wahnvorstellungen hat er seine Frau mit einem Küchenmesser erstochen, Leiche und Betten mit Benzin übergossen, angesteckt und wollte sich selbst mit verbrennen. Wurde noch gewalttätig gegen Nachbarn, die das Feuer löschen wollten. Gemäß § 51 Abs. 1 Freispruch. Unterbringung in eine H. A. auf Grund des § 42b. Zuführung am 27. 11. 1934. Zeigt sich hier freundlich, kindhaft, wunschlos, unbekümmert, fleißiger Arbeiter bei der Steinmacherkolonne. Hatte vorübergehend einen katatonen Stuporzustand. Befindet sich im hiesigen Bewahrhaus. Untersetzter, muskulöser Mensch mit breitem Gesicht. 1934 unfruchtbar gemacht.

Diagnose: Paraphrenie. — Körperbautyp: pyknisch. — Rasse: ostisch.

□ 4. H. Sch., geb. 10. 5. 1901, bei Aufnahme 33 Jahre alt. Aus der zweiten Schulklasse entlassen. Später Gelegenheitsarbeiter. Machte mal einen Erhängungsversuch, angebl. weil ihm soviel Steuern vom Lohn abgehalten worden wären. 1933 wegen versuchter Notzucht unter Anklage, Freispruch gemäß § 51 Abs. 1 und Unterbringung in eine H. A. Zuführung am 4. 12. 1934. Macht hier keine Schwierigkeiten, gibt sich ganz harmlos und willig, beschäftigt sich mit Flechtarbeiten und in der Außenkolonne. Willensmäßig stark geschwächt. Unfruchtbarmachung durchgeführt. Degenerationszeichen: Infantilismus, angewachsene Ohrläppchen.

Diagnose: Pfropfhebephrenie. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: nordisch-fälisch.

○ 5. M. W., geb. 19. 6. 1898, bei Aufnahme 36 Jahre alt. Stammt aus asozialer Familie: Eltern und 3 Geschwister vorbestraft, 2 Schwestern stehen unter Diebstahlsverdacht. Selbst in der Volksschule 1 mal sitzen geblieben. Mit 15 Jahren wegen Taschendiebstahls erstmalig verurteilt. Mit 16 Jahren unehelich geboren. Fürsorgeerziehung. Entwich aus Fürsorgeerziehung und trieb öffentliche Unzucht. 1923 nach Tod des ersten Mannes zweite Heirat. Diese Ehe geschieden. Ein nacheheliches Kind. Ihr weiteres Leben ist durch eine ununterbrochene Kette von Taschendiebstählen gekennzeichnet. 1926 aus dem Gefängnis überführt in eine H. A. wegen Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen, Verwirrtheitszuständen. Fühlte elektrische Ströme, sah Totenköpfe, asoziales Verhalten, machte mehrere Selbstmordversuche. Ähnliches Verhalten während ihres Anstaltsaufenthaltes in den Jahren 1927 bis 1930. 1931 wiederum wegen Taschendiebstahls verurteilt. Jetziges Delikt: Rückfalldiebsahl. Gemäß § 51 Abs. 1 Freispruch, Unterbringung in eine H. A. Zugeführt am 5. 12. 1934. Hier anfangs geordnet, still, fleißig, hilfsbereit. Vor einigen Monaten plötzlich Unruhezustand, der 2—3 Wochen anhielt. Behauptete, der Teufel sei in der Badewanne, es solle ihr der Kopf abgeschlagen werden. Brachte sich mit einer Spiegelscheibe eine oberflächliche Verletzung am Halse bei. In der Folgezeit wieder ruhiger, zeitweise teilnahmslos.

Diagnose: Schizophrenie. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: ostisch.

□ 6. F. W., geb. 12. 1. 1887, bei Aufnahme 47 Jahre alt. Nach Schulentlassung 2 Jahre Laufbursche, dann Rangierer bis zur aktiven Dienstzeit, später wieder zur Bahn. 1913 geheiratet, 5 gesunde Kinder. Anfang des Krieges Kopf- und Brustschuß, kam mit verstörtem Wesen zu Hause an. 1914 und

Digitized by Google

1927 in einer H. A. 7mal wegen Diebstahls, Betruges, Vergehens gegen § 299 St.G.B., schwerer Urkundenfälschung in Tateinheit mit Betrug und Verletzung des Briefgeheimnisses mit insgesamt 11 Monaten und 14 Tagen Gefängnis vorbestraft. War schon vor seiner Kopfverletzung straffällig geworden. Letzte Straftat: Betrug und Urkundenfälschung. Gemäß § 51 Abs. II 5 Monate Gefängnis, Unterbringung in eine H. A. Zuführung am 5. 12. 1934. Führte sich hier tadellos, fleißig in der Kolonne, betätigte sich in den Freistunden als Dirigent des Krankenchores, übte damit günstigen Einfluß auf Mitkranke des Bewahrhauses aus, zeigte einen geselligen Humor, im Umgang mit Arzt, Pflegern und Mitkranken sehr nett. Auf ärztliche Befürwortung am 28. 3. 1936 im Einvernehmen mit Staatsanwaltschaft entlassen, weil Zweck der Unterbringung erreicht.

Diagnose: Psychopathie (Hirnverletzter). — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: nordisch.

☐ 7. W. K., geb. 11. 9. 1857, bei Aufnahme 77 Jahre alt. Unehelich. Berginvalide. Wiederholt wegen Sittlichkeitsdelikts, Bettelns und Beleidigung unter Anklage. Erhielt 1930 den § 51. Letztes Delikt: Sittlichkeitsverbrechen. Führte Straftaten stets in betrunkenem Zustand an Schulkindern aus. Gemäß § 51 Abs. 1 Freispruch. Unterbringung in eine H. A. Zuführung am 6. 12. 1934. Macht hier euphorischdementen Eindruck, geschwätziger Greis, schwerhörig, zuweilen sehr schwierig, unfügsam, querköpfig, läßt sich nichts sagen, schimpft, braucht unflätige Ausdrücke. 7. 4. 1937 hier verstorben. Todesursache: Herzmuskelentartung.

Diagnose: Altersschwachsinn mit Alkoholismus. — Körperbautyp: pyknisch. — Rasse: fälisch.

☐ 8. A. D., geb. 21. 4. 1889, bei Aufnahme 45 Jahre alt. Eltern früh verloren, bei Großeltern erzogen. Guter Volksschüler. Bis 1915 auf Zeche als Hauer, dann freiwillig ins Feld, Verwundung durch Kolbenschläge auf den Kopf und Bajonettstiche in den Schädel. Gefangenschaft auf Corsika, 1917 nach Malariaerkrankung ausgetauscht, mit Dienstbeschädigung entlassen. Bekommt Versorgungsrente von 100%. 1912 erste Heirat, während des Krieges geschieden; 1928 zweite Ehe, 2 Kinder früh verstorben, 5 Fehlgeburten der Frau, 1929 wiederum Ehe geschieden; 1931 dritte Ehe, 2 Kinder. Betätigte sich in der Folgezeit als Versicherungsagent. 1927/28 und 1931 in einer H. A. Die zweite Frau beschuldigte ihn in 14 Fällen der Notzucht und versuchter Notzucht an Frauen und Mädchen im Alter von 13—27 Jahren. Jetzige Straftat: Sittlichkeitsverbrechen an 16jährigem Mädchen. Freispruch gemäß § 51 Abs. 1, weil er nach Auffassung des ärztlichen Sachverständigen an »imperativen Halluzinationen« litt. Unterbringung in eine H. A. auf Grund des § 42b. Zuführung am 6. 12. 1934. Verhält sich hier im allgemeinen äußerlich geordnet, ergeht sich aber in Phantastereien, seiner Strafsache gegenüber völlig uneinsichtig, richte sich nach dem Motto: »Wir leben einander zur Liebe«. Er liebe sein deutsches Vaterland, alle Deutschen, zu diesen aber gehörten auch die Frauen. Ermahnt den Arzt unter Anrufung des göttlichen Gerichts, gewissenhaft seine Angelegenheit zu prüfen, sehr redegewandt, pathetisch, führt mehrmals gerichtliche Entscheidungen betr. seiner Entlassung herbei, die aber für ihn ablehnend sind. Wird heftig gegen den Arzt, als dieser seine Entlassung ärztlich nicht befürworten kann. Ein Antrag auf Entmannung, von ihm selbst gestellt, um seine Entlassung zu erreichen, wird ebenfalls gerichtlich ab-

Digitized by Google

gelehnt, obschon in diesem Falle ärztlich befürwortet. Macht sonst keine besonderen Schwierigkeiten, fleißig in der Steinmacherkolonne. Ist Leiter eines Krankenchores auf der Abteilung des Bewahrhauses. Degenerationszeichen: Turmschädel, Glotzaugen.

Diagnose: Schizophrenie (Paraphrenia expansiva). — Körperbautyp: leptosom-pyknisch. — Rasse: ostisch.

☐ 9. E. B., geb. 11. 4. 1912, bei Aufnahme 22 Jahre alt. Bruder des Großvaters Sonderling. B. litt als Säugling an Krämpfen. Besuchte Mittelschule, erreichte nicht die Obersekunda-Reife, neigte zur Absonderung. Nach der Schule nirgends ausgehalten. Seit 1927 auffallend läppisch, schüchtern, ängstlich und verdrießlich. Versagte in verschiedenen Stellungen. Vorübergehend in einer H. A. Versuch, ihn in einer Gärtnerei zu beschäftigen, schlug fehl. Aus Arbeitsdienstlager wegen Kameradschaftsdiebstahls entlassen. Letzte Straftat: Diebstahl. Gemäß § 51 Abs. 1 Freispruch, Unterbringung in eine H. A. Zuführung am 7. 12. 1934. Machte hier in seiner Haltung keine besonderen Schwierigkeiten, war in der Arbeitskolonne willig und fleißig, fiel in keiner Weise unangenehm auf. Überführt in eine andere H. A. Unfruchtbarmachung beschlossen.

Diagnose: Schizophrenie. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: ostisch.

☐ 10. A. S., geb. 14. 6. 1906, bei Aufnahme 28 Jahre alt. Mutter unehelich und moralisch verkommen. Er selbst ebenfalls unehelich. Gedieh als Kind zunächst sehr langsam, entwickelt sich dann geistig über das Maß des Durchschnitts, besuchte die höhere Schule. Fähigkeiten ließen an der Grenze des 14. Lebensjahres plötzlich nach, mußte von der Schule genommen werden. In die Lehre als Former, gab wegen eines verkrüppelten Armes (früherer Armbruch) und gänzlicher Arbeitsunlust Arbeit auf. Wegen kleinerer Eigentumsvergehen Fürsorgeerziehung. Vagabundierte nach seiner Entlassung. Wurde straffällig (trieb mit Schulknaben unzüchtige Handlungen). Auf Grund des § 51 Abs. II 4 Monate Gefängnis und Unterbringung in eine H. A. Zuführung am 7. 12. 1934. Hier anfangs folgsam und willig, dann unzufrieden, nörgelnd, schlapp, nachlässig in seiner Haltung, trotzig in seinem Benehmen oder gleichgültig, indolent. Im Verkehr mit anderen Kranken mißtrauisch-zurückhaltend, wenig warme Beziehungen zur Umwelt, lax und schnodderig in seinen Wünschen und Forderungen, deren er immer eine Menge hat. Wurde überrascht, wie er sich mit anderen Kranken homosexuell betätigte. Deshalb zur Wache zurück. Beschäftigt sich in der Buchbinderei. Degenerationszeichen: Infantiles Genitale.

Diagnose: Psychopathie. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: nordisch.

☐ 11. W. R., geb. 29. 1. 1901, bei Aufnahme 33 Jahre alt. Großvater väterlicherseits schwachsinnig und verloddert. R. hat in einer vierklassigen Schule nur zwei Klassen durchgemacht. Kann kaum lesen und schreiben. Früher wegen Tierquälerei, Verlogenheit und Ungehorsam häufig erfolglos gezüchtigt, übte verderblichen Einfluß auf Mitschüler aus. Nach der Schule Knecht, dann Arbeiter bei einem Tiefbauunternehmer. Mit 18 Jahren begannen seine Straftaten, die in der Hauptsache in Diebstählen bestanden. 1920 eignete er sich Pferde und Wagen einer Zeche an, fuhr in dem Wagen mit Mädchen spazieren, um sich zu amüsieren, ließ das Gespann abends herrenlos stehen. »Ich habe mir nichts dabei gedacht.« R. betätigte sich auch als Viehdieb. 7 mal wegen Diebstahls mit insgesamt 6 Jahren, 5 Monaten und 3 Tagen Gefängnis vorbe-

Digitized by Google

straft. 1918 wegen »Geistesschwäche« entmündigt. Letzte Straftat: Diebstahl i. R. Freispruch gemäß § 51 Abs. 1, Unterbringung in eine H. A. Zuführung am 12. 12. 1934. Gibt sich hier freundlich, umgänglich, bescheiden, arbeitswillig, trübt kein Wässerchen, möchte aber doch entlassen werden. Unfruchtbarmachung durchgeführt. Befindet sich im Bewahrhaus. Hier fleißiger Hausarbeiter.

Diagnose: angeb. Schwachsinn. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: nordisch.

☐ 12. E. B., geb. 27. 3. 1880, bei Aufnahme 54 Jahre alt. Lernen fiel ihm schwer. Nach Schulentlassung Tischlerlehre, Zechenarbeiter, Knecht. Erstmals 1910 straffällig, erkrankte haftpsychotisch. Wiederholt begutachtet, bald wurden Voraussetzungen des § 51 bejaht, bald verneint, verschiedentlich Heilanstaltsaufenthalte. War er nicht Heilanstalts- oder Strafanstaltsinsasse, zog er vagabundierend über Land, bestritt dann seinen Lebensunterhalt in der Hauptsache durch Aneignung fremder Güter. 37 mal wegen Diebstahls, Bettelns, Unterschlagungen und Landstreichens mit insgesamt 21 J. 4 Mon. Zuchthaus und 8 Jahren 9 Monaten Gefängnis vorbestraft. Letztes Delikt: Betrug i. R. Gemäß § 51 Abs. II neben 7 Monate Gefängnis Unterbringung in eine H. A. Zuführung am 19. 12. 1934. Hier geordnet, willig, fleißig in der Arbeitskolonne, im Umgang mit Pflegern und Mitkranken freundlich, zuvorkommend. Drängt in letzter Zeit auf Entlassung, hat wiederholt Anträge eingereicht, hat beste Vorsätze. Darf im Einvernehmen mit der Staatsanwaltschaft nach erfolgter Unfruchtbarmachung in Familienpflege kommen, »Entlassung aus der Unterbringung« wurde jedoch abgelehnt. Stellt selber Antrag auf Unfruchtbarmachung wegen angeborenen Schwachsinns.

Diagnose: debiler Psychopath. — Körperbautyp: athletisch. — Rasse: fälisch.

☐ 13. G. T. geb. 16. 1. 1882, bei Aufnahme 52 Jahre alt. Verließ die Volksschule mit guten Zeugnissen. Betätigte sich nach der Schulentlassung zunächst als Kutscher. Legte Wert auf Fortbildung, indem er Sonntags- und Abendkurse besuchte. Von 1906—1914 in einem holländischen Missionshause als Bruder, 1914 bei einem Kriegslazarett als freiwilliger Krankenpfleger beschäftigt. Erwarb sich die Rote-Kreuz-Medaille. Nach dem Kriege Grubenarbeiter, heiratete eine Kriegerwitwe, 4 gesunde Kinder. 1931 Berufsinvalide. Ergab sich dem Trunke. Unter Einfluß des Alkohols beging er Sittlichkeitsverbrechen an einem 12jährigen Mädchen. Freispruch gemäß § 51 Abs. I, Unterbringung in eine H. A. Zuführung am 19. 12. 1934. Hier freundlich, gutmütig, religiös, ansprechbar, beschäftigt sich in der Abteilungsküche in ordentlicher Weise.

Diagnose: Psychopathie und Alkoholismus. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: nordisch.

☐ 14. K. W., geb. 27. 5. 1902, bei Aufnahme 32 Jahre alt. Kam nach 2 Jahren Volksschule in die Hilfsschule. Nach Schulentlassung 3 Jahre auf einer Bürstenfabrik, 10 Jahre auf einer Faßfabrik, dann arbeitslos. Straftat: Sittlichkeitsverbrechen an 5jährigen Knaben. Freispruch gemäß § 51 Abs. I und Unterbringung. Zuführung am 21. 12. 1934. Fügt sich hier ohne Widerstreben leicht ein, im allgemeinen stiller, zurückgezogener Kranker, fragt nicht, läßt alles an sich herankommen. Sagt, er sei zu der Straftat gekommen, weil man im Krankenhaus, wo er wegen eines Armbruches lag, viel von diesen Sachen gesprochen habe. Betreffs seiner Unterbringung

Digitized by Google

völlig einsichtslos. Sehr autoritäts- und lenkbedürftig, zeitweilig empfindlich, leicht in Streitigkeiten verwickelt, schlägt auch schnell zu. Wird gelegentlich überrascht, wie er mit anderen Kranken Onanie trieb, zeigt keine Spur von Schamgefühl. Wegen »Geistesschwäche« entmündigt. Unfruchtbarmachung beschlossen. Degenerationszeichen: Angewachsene Ohrläppchen, Spina bifida occulta, Tatauierung, starke Behaarung des Körpers besonders in der Kreuzbeingegend, Lippen aufgeworfen.

Diagnose: angeb. Schwachsinn. — Körperbautyp: athletisch. — Rasse: nordisch.

□ 15. F. J., geb. 2. 9. 1905, bei Aufnahme 30 Jahre alt. Schwester der Mutter leidet an »Paranoia«. J. ist einmal in der Bürgerschule sitzen geblieben. Später zu einem Tischler in die Lehre, hatte keine große Lust am Handwerk. War schon 15jährig erstmalig straffällig geworden wegen Diebstahls, in der Folge noch sechsmal, hauptsächlich wegen Diebstahls, einmal wegen Körperverletzung und unbefugten Waffenbesitzes. Gesamtstrafe 3 J., 3 Mon. und 14 Tg. Gefängnis. Gelegentlich gemäß § 51 St.G.B. freigesprochen. 1925—1926, 1928, 1932, 1934 und 1935/36 in Heilanstalten. Letzte Straftat: Schwerer Diebstahl. Gemäß § 51 Abs. II 10 Mon. Gefängnis. Unterbringung in eine H. A. Zuführung am 7. 1. 1935. Zeigte hier dauernd ein völlig ruhiges und geordnetes Verhalten, fügte sich willig der Hausordnung, machte der Pflege keinerlei Schwierigkeiten, bot nichts Psychotisches, legte nur eine gewisse Wurstigkeit an den Tag. Gab an, er sei nur auf Grund seines Simulierens in H. A. gekommen. Unfruchtbarmachung zunächst beschlossen wegen Schizophrenie, deren Vorliegen diesseits angezweifelt wurde. Erbgesundheitsobergericht schloß sich der diesseits gestellten Diagnose Psychopathie an. Unfruchtbarmachungsbeschluß und Unterbringungsbefehl daraufhin aufgehoben, am 31. 8. 1936 entlassen.

Diagnose: Psychopathie. — Körperbautyp: athletisch. — Rasse: nordisch.

○ 16. A. H., geb. 14. 5. 1916, bei Aufnahme 19 Jahre alt. Vater trunksüchtig, Mutter verlogen, arbeitsscheu, unsauber und unwirtschaftlich, Kinder sind sämtlich minderwertig. H. selbst von allen am meisten beschränkt. Mangelhafte Schulerfolge, kann nur stümperhaft lesen und schreiben, aus zweitunterster Klasse entlassen. Nach Schulentlassung der Mutter im Haushalt geholfen und bei Bekannten Kinder verwahrt. Später zum Bauern in Stellung. Litt schon nach 8 Tagen an starkem Heimweh. Steckte die Scheune des Bauern in Brand, um wieder nach Hause zu kommen. Wurde von der Anklage der Brandstiftung gemäß § 51 Abs. 1 freigesprochen, Unterbringung in eine H. A. auf Grund des § 42 b angeordnet. Zugeführt am 16. 1. 1935. Hier still, weinte anfangs häufig, klagte über Heimweh, lebte sich aber allmählich ein. Beschäftigt sich auf der Nähstube, bringt aber wegen ihrer Unbeholfenheit wenig zustande.

Diagnose: angeb. Schwachsinn. — Körperbautyp: pyknisch. — Rasse: ostisch.

□ 17. K. R., geb. 1. 7. 1863, bei Aufnahme 72 Jahre alt. Mutter »nervenkrank«. Schwacher Volksschüler, Schneider gelernt. 1½ Jahr als Geselle gearbeitet, dann aktiv gedient. Später Landwirt und 33 Jahre lang Bergmann, jetzt Reichsinvalide. Mit 25 Jahren erstmalig geheiratet, 7 Kinder von der ersten Frau. Frau und alle sieben Kinder an Lungentuberkulose gestorben.

Digitized by Google

Ergab sich dem Trunke. 1911 zum zweiten Mal geheiratet, Witwe mit 6 Kindern. Er selbst hat mit der zweiten Frau einen gesunden Sohn. R. ist 5mal wegen Sittlichkeitsverbrechen, 1 mal wegen Notzucht mit insgesamt 21 Jahren Zuchthaus vorbestraft. Stand jetzt wieder unter Strafverfolgung wegen Sittlichkeitsverbrechen: Hatte ein 13jähriges Mädchen an das nackte Geschlechtsteil gefaßt. 6 Mon. Gefängnis gemäß § 51 Abs. II und Unterbringung. Zuführung am 16. 1. 1935. Zeigt sich hier redselig, Stimmung euphorisch-heiter, verliert den Faden bei der Unterhaltung, bei Textworten Stolpern und Schmieren. Geschwätziger Greis mit starkem Körperzittern.

Diagnose: Altersschwachsinn bei einem von Haus aus minderwertigen Menschen. — Körperbautyp: pyknisch. — Rasse: fälisch.

☐ 18. J. K., geb. 18. 6. 1907, bei Aufnahme 28 Jahre alt. Nach der Schulentlassung Zechenarbeiter in Frankreich, wohin seine Eltern mit ihm gezogen waren. Fuhr mit dem Fahrrad nach Polen, heiratete mittellos dort eine Polin, wohnte vorübergehend mit der Frau im Armenhause. Ehe unglücklich, da es am nötigsten fehlte. Öffnete sich in selbstmörderischer Absicht die Pulsadern und erwürgte seine herbeikommende Frau. Hat nach der Tat mit seinem eigenen Blute phantasievolle und theatralische Briefe geschrieben, brachte darin u. a. zum Ausdruck, daß er wegen seiner großen Liebe zu Deutschland sterben müsse. Freispruch gemäß § 51 Abs. 1 und Unterbringung in eine H. A. Zuführung am 17. 1. 1935. Verhielt sich hier anfangs ruhig und geordnet, später ausgesprochene Stimmungsschwankungen, bald läppisch-albern, bald nörglerisch, frech, beleidigend, zornmütig. Bestreitet in letzter Zeit, seine Frau umgebracht zu haben, redet nichtssagend und ausweichend drum herum. Äußert gelegentlich Vergiftungswahn mit Nahrungsverweigerung. Ist im Bewahrhaus untergebracht. Droht, daß er den Abteilungsarzt etwas antuen wolle.

Diagnose: Schizophrenie. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: westisch.

☐ 19. A. H., geb. 23. 11. 1906, bei Aufnahme 29 Jahre alt. Urgroßvater und dessen Bruder in einer H. A. gestorben. H. besuchte Realschule. Kam nicht vorwärts, wurde aus der Untertertia herausgenommen und bei einem Bäcker in die Lehre gegeben. Anfangs gut gearbeitet. Wurde allmählich nachlässig, blieb oft aus, zuletzt kam er gar nicht mehr zur Arbeit. Sprach davon, daß sein Großvater ein großes Besitztum habe. Quälte seine Großmutter, die sich so für ihn gemüht hatte, um Geld, warf sie zu Boden, ging mit der Bratpfanne auf sie los, äußerte, er wolle ihr den Schädel einschlagen, und bedrohte sie mit dem Brotmesser. Anzeige wegen Erpressung. Freispruch gemäß § 51 Abs. 1 und Unterbringung in eine H. A. Zuführung am 23. 1. 1935. Zeigt hier ein albernes und läppisches Benehmen, betet und segnet sich öfter auffällig. Weigerte sich, eine Blutentnahme vornehmen zu lassen, rief: »Wo ist mein Dedektiv? Ich lasse mir kein Blut abnehmen, ich bin kein Säufer!« Beschäftigt sich ohne nennenswerte Leistungen mit Rohrflechten, erklärt bei jeder Visite dem Arzt, er wolle in die Fremdenlegion, manchmal erregt, dann wieder autistisch-lächelnd-versonnen. Unfruchtbarmachung beschlossen. Degenerationszeichen: Eunuchoidismus, angewachsene Ohrläppchen, hypophysäre Fettsucht.

Diagnose: Schizophrenie. — Körperbautyp: pyknisch. — Rasse: nordisch.

Digitized by Google

□ 20. H. K., geb. 8. 12. 1909, bei Aufnahme 26 Jahre alt. Eltern lebten getrennt, kam deshalb mit 3 Jahren ins Waisenhaus. 1 Schwester war in einer H. A. Nach der Schule 1 Jahr Sattlerlehre, 2 Jahre Postwagen gefahren, 2 Jahre beim Bauern. Später wieder Postwagen gefahren und beim Bauern gearbeitet, dann auf Wanderschaft auch im Winter. Mit 20 Jahren wegen Diebstahls erstmalig mit 3 Wochen Gefängnis, im ganzen 8mal wegen Bettelns und Diebstahls vorbestraft. 1933 im Arbeitshaus. 1934 wegen Erregung öffentlichen Ärgernisses angeklagt: Hatte zu verschiedenen Malen seine Hose auf öffentlichen Straßen bis auf die Knie heruntergelassen und vorübergehenden Frauen und Mädchen sein entblößtes Geschlechtsteil gezeigt. Freispruch gemäß § 51 Abs. 1 und Unterbringung. Zuführung am 31. 1. 1935. Hier autistisch, albern, abweisend, patzig, nörgelhaft. Wurde überrascht, wie er nachts unter die Bettdecke anderer Kranken griff und diese unsittlich belästigte. In letzter Zeit sehr erregt, zerstörungswütig, riß Bilder von den Wänden und warf sie entzwei. Dauernd schwierig. Unfruchtbarmachung durchgeführt.

Diagnose: Schizophrenie. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: nordisch.

□ 21. St. G., geb. 28. 10. 1893, bei Aufnahme 42 Jahre alt. Unehelich. Unregelmäßiger Schulbesuch, wenig gelernt. Nach der Schule Zechenarbeiter, vorübergehend bei Bauern gearbeitet, zog mit einer Witwe auf Wanderschaft, Lebensunterhalt wurde mit Betteln bestritten. Straffällig wegen Sittlichkeitsverbrechen in 5 Fällen und in einem weiteren Falle wegen desselben Verbrechens begangen an minderjährigen Kindern. 1 Jahr Gefängnis gemäß § 51 Abs. II, Unterbringung nach § 42b, Entmannung nach § 42k. Zuführung am 6. 2. 1935. Hier zuweilen unzufrieden, zum Nörgeln geneigt, ohne besondere Interessen und Anteilnahme, urteilsschwach, beschäftigt sich mit Mattenflechterei, versucht, Schreiben durch freien Ausgänger herauszumogeln. Behauptet, daß sein Geschlechtstrieb völlig erloschen sei, worüber er sich sehr freue, weil er nun seine Ruhe habe. Degenerationszeichen: Klobige, platte Nase, angewachsene Ohrläppchen, starke Kurzsichtigkeit, Gesicht und Schädelbildung erinnern an das Aussehen eines Neandertalmenschen.

Diagnose: schwachsinniger Psychopath. — Körperbautyp: dysplastisch. — Rasse: unbestimmbar.

○ 22. J. V., geb. 20. 5. 1893, bei Aufnahme 42 Jahre alt. Blieb in der Schule häufig sitzen, konnte mit 14 Jahren noch nicht die Uhrzeit ablesen. Nach Schulentlassung zur Fabrik. Bekam ein uneheliches Kind. 17mal wegen Diebstahls und Betruges mit insgesamt 1 Jahr und 8 Monaten Zuchthaus und 10 Jahren und 9 Monaten Gefängnis vorbestraft. 1925 und 1926 wegen Haftpsychose in Heilanstalten. Letzte Straftat: Rückfalldiebstahl. Erhielt gemäß § 51 Abs. II 1 Jahr Gefängnis, außerdem wurde sowohl auf Sicherungsverwahrung gemäß § 42e als auch auf Unterbringung in eine H. A. nach § 42b im Sinne des § 42n erkannt. Laut Beschluß wurde die »Unterbringung« in Vollzug gesetzt. Zugeführt am 13. 2. 1935. Ihrer Situation gegenüber völlig uneinsichtig, will von ihren Strafen nichts wissen, verlangt ihre Entlassung. Zänkisch, eifersüchtig, versucht andere Pat. gegen das Pflegepersonal aufzuwiegeln, verrät einen üblen Charakter. Geschlechtlich leicht gereizt. Leistet ihrer Geistesverfassung gemäß nur wenig.

Diagnose: angeb. Schwachsinn. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: ostisch.

Digitized by Google

□ 23. A. H., geb. 6. 7. 1888, bei Aufnahme 47 Jahre alt. Vater trunksüchtig und »nervenleidend«, ein Bruder des Vaters war in einer H. A., ein anderer endete durch Suicid, eine Schwester der Großmutter war Epileptikerin. Als Kind von 2 Jahren litt H. an Krämpfen. War als Knabe eigensinnig, schlug auf seine Eltern, wenn diese ihn zurechtwiesen. In der Schule lernte er schwach, fiel schon früh durch seinen Hang zur Unwahrheit auf. Als er heranwuchs, machte er verschiedene Betrügereien und kleinere Diebstähle. Wegen haftpsychotischer Reaktion im Zusammenhang mit seinen Verfehlungen im Alter von 17 Jahren erstmalig in einer H. A. von 1905 bis 1908. Später Gelegenheitsarbeiter. Während des Krieges vorübergehend Soldat. Nach dem Kriege erneut in einer H. A., nachdem er wieder mit dem Gesetz in Konflikt gekommen war. Kaufte Kleidungsstücke, ohne sie zu bezahlen, borgte Fahrräder, um sie zu Geld zu machen. Ist 26mal wegen Diebstahls, Betruges, Untreue und Landstreicherei mit insgesamt 14 Jahren und 2 Monaten Gefängnis vorbestraft. Letzte Straftat: vollendeter Betrug i. R. Gemäß § 51 Abs. II 1 Jahr 3 Monate Gefängnis und Unterbringung in eine H. A. Zuführung am 20. 2. 1935. Zeigt sich hier ruhig und geordnet, freut sich, daß er aus der Strafanstalt entlassen ist, beschäftigt sich willig in der Hauskolonne, nur zuweilen leicht aufdringlich, geltungssüchtig, im Verkehr mit Arzt, Pflegern und Mitkranken im allgemeinen ganz umgänglich. Unfruchtbarmachung beschlossen. Degenerationszeichen: Spina bifada occulta, Tatauierung.

Diagnose: debiler Psychopath. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: nordisch-fälisch.

○ 24. E. B., geb. 18. 9. 1894, bei Aufnahme 41 Jahre alt. Vater trunksüchtig, Mutter früh verstorben. B. kam mit 2 Jahren bis zum 12. Lebensjahr ins Waisenhaus. Litt an englischer Krankheit, lernte erst mit 9 Jahren richtig gehen. Volksschulbesuch befriedigend. Mit 12 Jahren zu einer Familie aufs Land, wo sie bis zu ihrer ersten Aufnahme in die hiesige Anstalt (1929) tätig war. Äußerte damals Wahnvorstellungen und Selbstmordabsichten. Zeigte sich in der Anstalt ängstlich, brachte Versündigungsideen vor, hörte Stimmen. 1932 als gebessert entlassen. Ging in ihre frühere Stellung zurück. 1934 wurde sie erneut von Stimmen gequält, die ihr sagten, sie mache alles falsch, sie sei verworfen und verloren. Unter dem Einfluß dieser Vorstellungen steckte sie ihr Bett in Brand, um sich selber zu verbrennen. Von der Anklage der Brandstiftung freigesprochen gemäß § 51 Abs. 1, Unterbringung in eine H. A. auf Grund des § 42b angeordnet. Zugeführt am 13. 3. 1935. Hier leidlich geordnet, ruhig, hört keine Stimmen mehr, freut sich, daß sie wieder hier ist, möchte gern für immer in der Anstalt bleiben. Neigt zu Klatsch und Verleumdung. Bei der Arbeit fleißig und brauchbar. 1935 wegen »Geisteskrankheit« entmündigt.

Diagnose: Schizophrenie. — Körperbautyp: pyknisch. — Rasse: fälisch.

□ 25. A. L., geb. 12. 11. 1882, bei Aufnahme 53 Jahre alt. Nach Schulentlassung Brotkutscher, Knecht, Ziegelarbeiter, später als Heizer zur See gefahren. Mit 24 Jahren geheiratet, eröffnete mit seiner Frau ein Gemüsegeschäft. Frau hatte 3 Fehlgeburten, 1 gesundes Kind lebt. L. hat sich im Kriege angeblich selber einen Heimatschuß beigebracht: »Hatte keine Lust, mich für die Dickbälge totschießen zu lassen.« Rühmt sich, in der Heimat den Schwerkriegsbeschädigten gespielt und tüchtig geschoben zu haben. 1928 fiel bei ihm erstmalig eine geistige Veränderung im Sinne einer Metalues auf.

Digitized by Google

Malariakur blieb ohne Erfolg. Er arbeitete nicht mehr, blieb am liebsten den ganzen Tag zu Bett liegen, oder lief sinnlos in der Stadt herum, mußte von der Frau wie ein Kind behandelt werden. Zeigte stets wachsende Neigung, anderen etwas wegzunehmen, aber so unüberlegt, daß er einmal jemanden ein Fahrrad zum Kauf anbot, dem er es gestohlen hatte. Ist wegen Sachbeschädigung, verbotener Hausschlachtung, Hehlerei, Beleidigung und Bedrohung 6mal vorbestraft. Letzte Straftat: Fahrraddiebstahl in 5 Fällen. Freispruch gemäß § 51 Abs. 1 und Unterbringung in eine H. A. Zuführung am 27. 3. 1935. Zeigt sich hier wenig regsam, beschäftigt sich mit Rohrflechten, döst viel vor sich hin. Rückt von seinen Straftaten ab, wisse nicht, wie er dazu gekommen sei. In letzter Zeit sehr unzufrieden, hat Angst, daß er verhungern müsse, obwohl er bei einem jetzigen Körpergewicht von 112 kg hier erheblich zugenommen hat, sieht sehr martialisch aus. Schimpft, den Saufraß könne er nicht essen, er sei nur noch Haut und Knochen, so dünn wie ein ausgenommener Hering, in drei Tagen lebe er nicht mehr, oder er mache gewaltsam ein Ende. Klagt über Kopfschmerzen, Schwindel, zeitweise leichte Lähmungserscheinungen. Befindet sich im hiesigen Bewahrhause.

Diagnose. Lues cerebri. — Körperbautyp: athletisch. — Rasse: ostisch.

○ 26. P. P., geb. 18. 12. 1897, bei Aufnahme 38 Jahre alt. War eine der besten Schülerinnen der Volksschule. Nach Schulentlassung 1 Jahr in Stellung als Lernköchin, nachher im elterlichen Haushalt tätig. Heiter und lebensfroh, nahm gern an Vergnügungen teil. Heiratete im Alter von 22 Jahren. Die Ehe war anfangs glücklich. 2 gesunde Kinder. 1922 traten im Anschluß an ein Wochenbett Gallensteinkoliken auf. Bekam dieserhalb vom Arzt Morphium-Injektionen. Die Koliken stellten sich zunächst alle 4 Wochen, später alle paar Tage ein. Sie nahm jedesmal Morphium, schließlich auch außerhalb der Schmerzzustände. 1925 wegen Tuberkulose Uterusexstirpation. 1932 und 1933 je eine Entziehungskur in einer H. A. Später wieder gespritzt bis zu ihrer Straftat. Ist schon einmal wegen Rezeptfälschung mit 30.— Mk. vorbestraft. Jetziges Delikt: Urkundenfälschung und Diebstahl. Entwendete einem Arzt während der Sprechstunde etwa 15 Rezepte, füllte diese auf Morphium aus und unterschrieb sie mit dem Namen des Arztes. Wurde gemäß § 51 Abs. II zu 2 Wochen Gefängnis verurteilt und Unterbringung in eine H. A. zwecks Entwöhnung auf Grund des § 42b angeordnet. Zugeführt am 2. 4. 1935. Hier anfangs nach Entzug des Morphiums völlig ruhig, später stellten sich Schmerzen in der rechten Bauchseite ein, sie verlangte Morphium, könne es nicht mehr aushalten. Bekam wiederholte Hämoptoe, ging körperlich stetig zurück. Nach vorübergehender Besserung verstarb sie am 6. 5. 1935 an akuter Herzschwäche.

Diagnose: Morphinismus. — Körperbautyp: pyknisch. — Rasse: fälisch.

□ 27. F. R., geb. 20. 11. 1897, bei Aufnahme 38 Jahre alt. Onkel in einer H. A., Vater des R. 31jährig ebenfalls in einer H. A. verstorben. Unregelmäßiger Schulbesuch, 3mal sitzen geblieben. Nach Schulentlassung landwirtschaftlicher Arbeiter, anschließend Soldat, 1916 bei einer Besichtigung erstmalig Krampfanfall. Beobachtung im Lazarett ergab keinen krankhaften Befund. Wieder eingezogen, kam in englische Gefangenschaft. Nach Rückkehr Gärtner gelernt, keine Gesellenprüfung gemacht. Tat sehr fromm, ging viel zur Kirche. Letzte Straftat: Sittlichkeitsverbrechen an schulpflichtigen Mäd-

Digitized by Google

chen in 2 Fällen. Freispruch gemäß § 51 Abs. 1 und Unterbringung in eine H. A. Zuführung am 10. 4. 1935. Verhält sich hier still, äußerlich geordnet, zeigt wenig Interesse für Vorgänge seiner Umgebung, wunschlos. Krämpfe wurden nicht mehr beobachtet. Entmündigt wegen »Geistesschwäche«. Degenerationszeichen: Angewachsene Ohrläppchen, Hydrozephaler Schädel bei allgemeiner Kleinheit und Infantilismus des Körpers.

Diagnose: angeb. Schwachsinn. — Körperbautyp: dysplastisch. — Rasse: nordisch.

☐ 28. H. P., geb. 27. 9. 1893, bei Aufnahme 42 Jahre alt. Guter Schüler, hatte vor, Pater zu werden. Nach Schulentlassung Lehrling auf einem Rechtsanwaltsbüro, Volontär, Commis bis zur Einberufung zum Kriegsdienst. 1917 Tripperinfektion. Nach dem Kriege im Bekleidungsamt tätig. 1919 geheiratet, Frau 2 Totgeburten. Ab 1920 als Marmorschleifer bei verschiedenen Firmen, machte sich selbständig in Grabdenkmälerreparaturen. Ergab sich dem Trunke. Vorbestraft 1920 wegen Beamtenbeleidigung mit Geldstrafe, wegen Schiebung von Anzügen aus dem Bekleidungsamt mit 7 Mon. Gefängnis, 1928 wegen Betrugs 3 Mon. Gefängnis (hatte unter falschem Namen einem Mädchen die Ehe versprochen), 1932 Diebstahl (verkaufte einen Christuskorpus, den er auf dem Friedhof gestohlen hatte, für 30.— Mk.). 1932 im Abstinenzverein, Angelegenheit war ihm aber zu »religiös«. Letzte Straftat: Sittlichkeitsverbrechen an einem 11jährigen Mädchen. Gemäß § 51 Abs. II 1 Monat Gefängnis und Unterbringung in eine H. A. nach § 42b. Zuführung am 10. 4. 1935. Hier leicht einfügbar, in jeder Beziehung entgegenkommend, liebenswürdig, fleißig, gleichmütig, aufschlußbereit bei Besprechung seiner Straftaten. Nach gelegentlicher Entweichung wieder eingewiesen. Wurde kürzlich dabei ertappt, wie er Vorbereitungen zu neuem Entweichungsversuch machte. Sicherheitshalber ins Bewahrhaus verlegt. Möchte sich entmannen lassen, wenn er damit seine Entlassung erkaufen könne. Antrag auf Entmannung wurde durch Gerichtsbeschluß abgelehnt.

Diagnose: Psychopathie und Alkoholismus. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: nordisch.

☐ 29. A. W., geb. 16. 6. 1889, bei Aufnahme 46 Jahre alt. Guter Schüler, $3^1/_2$ Jahr Uhrmacher gelernt. Im Kriege Splitterverletzung an Bein und Fuß. 1917 geheiratet, 1 Kind. Allmählich schlechte wirtschaftliche Lage durch längere Arbeitslosigkeit, konnte seine Familie nicht mehr ernähren. Es trat bei ihm eine auffällige Niveausenkung schleichend zutage. Er beleidigte die Beamten der Stadt, bemühte sich nicht um Arbeit, schlief bis in den hellen Tag hinein, wurde gegen seine Frau gewalttätig, sodaß diese mit dem Kinde von ihm gehen mußte. Er selbst machte gelegentlich Selbstmordversuch. Von 1923 bis 1926 und 1934/35 in einer H. A. Stand zuletzt unter Anklage wegen Brandstiftung. Hatte Betten und Möbel in seiner Wohnung mit Petroleum übergossen und angezündet, wurde im danebenliegenden Zimmer halb erstickt aufgefunden. Freispruch gemäß § 51 Abs. I und Unterbringung in eine H. A. Zuführung am 12. 4. 1935. Macht sich hier im allgemeinen wenig bemerkbar, autistisch, arbeitet still, fleißig in der Kolonne, macht nicht die geringsten Schwierigkeiten.

Diagnose: Schizophrenie. — Körperbautyp: pyknisch. — Rasse: nordisch.

☐ 30. A. B., geb. 17. 11. 1902, bei Aufnahme 33 Jahre alt. Vater Trinker, Großvater Epileptiker, Schwester starb 17jährig an Epilepsie in einer H. A.

Digitized by Google

B. blieb in der Schule 2mal sitzen. Wegen Einbruchsdiebstahls im Schulgebäude in Fürsorgeerziehung. Später Pferdejunge, Schlepper und Lehrhauer auf der Zeche. Mit 24 Jahren erster Krampfanfall, in der Folgezeit traten Anfälle anfangs 1mal im Jahre, dann halbjährlich, später mehrmals im Monat auf. Auf der Zeche deswegen aufgehört, wurde mit fotografischen Arbeiten beschäftigt. 1930 bis 1932 in einer H. A. Vorbestraft 2mal wegen Diebstahls und 4mal wegen schweren Diebstahls. Stand letztmalig wegen schweren Diebstahls unter Strafverfolgung. Freispruch gemäß § 51 Abs. 1 und Unterbringung in eine H. A. Zuführung am 24. 4. 1935. Macht hier einen auffallend ruhigen Gesamteindruck, benimmt sich etwas schwerfällig und dösig. Enger Interessenkreis. Selten Krampfanfälle. In der Anstaltsschuhmacherei beschäftigt mit ganz einfachen Flickarbeiten. Unfruchtbarmachung beschlossen. Degenerationszeichen: Infantilismus, angewachsene Ohrläppchen.

Diagnose: erbl. Fallsucht. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: westisch.

☐ 31. J. B., geb. 2. 11. 1915, bei Aufnahme 20 Jahre alt. Nach Schulentlassung Knecht. Zündete das Haus seines Arbeitgebers an, weil er Heimweh hatte, und so glaubte, nach Hause zu kommen. Auf Grund von § 51 Abs. 1 und gemäß § 126a St.P.O. einstweilige Unterbringung in einer H. A. angeordnet. Zuführung am 26. 4. 1935. Hier freundlich, friedlich, äußerlich korrekt. Schul- und Allgemeinwissen äußerst dürftig. Wurde am 12. 12. 1935 im Einvernehmen mit der Staatsanwaltschaft auf diesseitige ärztliche Befürwortung hier entlassen. Unfruchtbarmachung durchgeführt. Degenerationszeichen: Gesicht schwammig, unförmig, auffallend kleiner Penis, Eunuchoidismus.

Diagnose: angeb. Schwachsinn. — Körperbautyp: dysplastisch. — Rasse: fälisch.

☐ 32. A. B., geb. 30. 7. 1902, bei Aufnahme 33 Jahre alt. Vater, der bis zum 10. Lebensjahr an Krämpfen litt, wurde später Trinker, ist wegen Blutschande mit 1 Jahr Gefängnis bestraft. Mutter hat während der Schwangerschaft viel gekränkelt und seelischen Kummer gehabt. B. war zarter Säugling, erst mit 3 Jahren Sprechen und Laufen gelernt. Als Kind 3mal schwere Lungenentzündung und 1mal Nierenentzündung. Schulerfolge schlecht, 3mal sitzen geblieben. Nach Schulentlassung Schlosserlehrling, entlassen, weil zu schwach. Dann Fabrikarbeiter in einer Schraubenfabrik. Ab 1918 Zechenarbeiter, nach 2 Jahren wegen Unpünktlichkeit entlassen. Reparierte Uhren, gab sie aber nicht den Leuten zurück, sondern verkaufte sie. Erhielt Gefängnisstrafen. Nach Tod des Vaters 1926 Trinken angefangen, wurde brutal gegen seine Mutter, setzte ihr das Brotmesser an die Kehle, drohte, sich erhängen oder ertränken zu wollen. 1929/30 in einer Heilanstalt. 15mal wegen Betruges, Diebstahls und Unterschlagung mit insgesamt 3 Jahren, 4 Monaten und 24 Tagen Gefängnis vorbestraft. Letztes Delikt: Rückfalldiebstahl. Gemäß § 51 Abs. II 6 Monate Gefängnis und Unterbringung nach § 42b angeordnet. Zugeführt am 1. 5. 1935. Zeigt sich in der Arbeitskolonne willig, ruhig, macht in seinem Gesamtverhalten überhaupt keine Schwierigkeiten. Schrieb gelegentlich einen vor Frömmigkeit triefenden Brief nach Hause. Degenerationszeichen: Pelzmütze, infantiler Habitus. Lupoider Hautausschlag im Gesicht.

Diagnose: angeb. Schwachsinn. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: ostisch.

Digitized by Google

☐ 33. F. F., geb. 20. 1. 1910, bei Aufnahme 25 Jahre alt. Mutter geistig beschränkt. F. blieb in der Schule mehrfach sitzen, besuchte 3 Jahre die Hilfsschule. Später Gelegenheitsarbeiter. 1933 als Landhelfer nach Ostpreußen, dort 3 Tage gearbeitet, dann Sachen verkauft und wieder nach Hause gefahren. Vorbestraft wegen Diebstahls, Hehlerei, Hausfriedensbruchs, Körperverletzung, Sachbeschädigung und Verächtlichmachung der Reichsregierung mit insgesamt 1 Jahr, 5 Monaten und 13 Tagen Gefängnis. Letzte Straftat: Untreue. Hatte den Erlös von 200 Losen der Winterhilfslotterie für sich verbraucht, dadurch das Winterhilfswerk um 200.— Mk. geschädigt. Erhielt 6 Monate Gefängnis gemäß § 51 Abs. II, außerdem wurde die Unterbringung in eine H. A. auf Grund des § 42b St.G.B. angeordnet. Zugeführt am 22. 8. 1935. Hier ruhig, fügt sich der Hausordnung, ansprechbar, verlangt jedoch stürmisch seine Entlassung aus der Unterbringung. Ein diesbezüglicher Antrag wurde von der Staatsanwaltschaft im Hinblick auf die sozialen Verhältnisse zu Hause abgelehnt. F. durfte aber im Einvernehmen mit der Staatsanwaltschaft zu einem Bauern in Familienpflege gegeben werden. Hat sich übrigens nicht bewährt, mußte in die Anstalt zurück. Unfruchtbarmachung durchgeführt. Degenerationszeichen: Infantilismus.

Diagnose: angeb. Schwachsinn (Debilität). — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: nordisch.

☐ 34. K. F., geb. 12. 1. 1899, bei Aufnahme 36 Jahre alt. 1927 an Gehirngrippe erkrankt, 3 Monate Krankenhausbehandlung. Seit 1929 von der Frau geschieden, Frau wurde für schuldig erklärt. Bis 1930 als Bergmann gearbeitet, dann invalidisiert. Stand früher schon unter Strafverfolgung wegen Sittlichkeitsverbrechens und Diebstahls. Verfahren wurde wegen Unzurechnungsfähigkeit eingestellt. Letzte Straftat: Sittlichkeitsverbrechen, begangen an einer 10jährigen Schülerin. Gemäß § 51 Abs. 1 Freispruch und Unterbringung in eine H. A. nach § 42b. Zugeführt am 30. 8. 1935. Hier ruhig, leidlich geordnet, fügsam, beschäftigt sich fleißig beim Rohrflechten. Zuweilen Schreikrämpfe. Gesicht maskenhaft. Bewegungen langsam. Zahlreiche Tatauierungen. Degenerationszeichen: Angewachsene Ohrläppchen.

Diagnose: Postenzephalitis. — Körperbautyp: athletisch. — Rasse: dinarisch.

☐ 35. K. D., geb. 12. 11. 1898, bei Aufnahme 37 Jahre alt. Malariakranker Bruder hat angeblich Suicid begangen. D. erlitt mit 4 Jahren einen Schädelbruch, indem ihm eine Stalltür auf den Kopf fiel. Kam in der Schule nur bis zur 5. Klasse. Formerhandwerk gelernt. Mit 16 Jahren erstmalig Krampfanfall, wurde in der Folgezeit reizbar, konnte nur selten Beschäftigung bekommen, da niemand mit ihm wegen seines aufgeregten Wesens arbeiten wollte. Verschiedentlich Schädeloperationen. Heiratete 1925 eine schwachsinnige Zwergin von 133 cm Körpergröße. 1927 schwebte gegen ihn ein Verfahren wegen Blutschande mit seiner eigenen Schwiegermutter. Kam auch wegen tätlicher Bedrohung wiederholt mit dem Gesetz in Konflikt. Vorbestraft wegen Betruges mit 4 Tagen Gefängnis, ein Verfahren wegen Bedrohung und versuchten Totschlags wurde gemäß früherem § 51 eingestellt. 1928/29 und 1934/35 in einer H. A. Gelegentlich Selbstmordversuch. Letzte Straftat: Eidesverletzung. Freispruch gemäß § 51 Abs. 1 und Unterbringung in eine H. A. Zuführung am 19. 9. 1935. Verhalten hier wechselnd. Erklärte gelegentlich, sein Bruder habe sich 1924 erschossen und er habe »kontraktlich mit ihm vereinbart«,

Digitized by Google

daß auch er nach $12^1/_2$ Jahren aus dem Leben scheiden wolle. Eine Verlegung aus dem Bewahrhaus nach einer ruhigen Abteilung mußte wieder rückgängig gemacht werden, da er sich dort brutal gegen seine Mitkranken benahm. Zeitweise häufen sich bei ihm Krampfanfälle und Verstimmungszustände. Zwischendurch leidlich geordnet. Beschäftigt sich mit Hausarbeiten und Rohrflechten.

Diagnose: Traumatische Gehirnschwäche mit epileptischen Krampfanfällen. — Körperbautyp: pyknisch. — Rasse: dinarisch.

☐ 36. H. E., geb. 10. 4. 1878, bei Aufnahme 57 Jahre alt. Seit dem 6. Lebensjahr epileptische Anfälle. Hat schon in früher Jugend beim Bauern gestohlen, deshalb Unterbringung in einer Erziehungsanstalt. Mehrere Male in der Schule sitzen geblieben. Zeigte sich später als landwirtschaftlicher Arbeiter unbrauchbar. Pendelte von 1889 bis 1935 dauernd zwischen Anstalten, Männerheimen und Krankenhäusern hin und her. Jetzige Straftat: Sittlichkeitsverbrechen, begangen an einem schulpflichtigen Mädchen; hatte dieses mitgelockt und an dessen Geschlechtsteil gespielt. Freispruch gemäß § 51 Abs. 1 und Unterbringung in eine H. A. Zuführung am 25. 9. 1935. Hier zeitweise unzufrieden, knurrig, dann wieder geordnet, schildert seine Straftat harmlos, habe das Mädchen vom Karussel gehoben und versehentlich unter die Röcke gegriffen. Beschäftigt in der Außenkolonne. Nur selten Krampfanfälle. Degenerationszeichen: Hoher Schädel mit Affengesicht, Kerbzunge.

Diagnose: erbl. Fallsucht. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: unbestimmbar!

☐ 37. H. C., geb. 20. 12. 1883, bei Aufnahme 52 Jahre alt. Besuchte die Oberrealschule, welche er 1904 mit Unterprimareife verließ. Verwendete seine Kenntnisse nicht, zeigte sich haltlos, kam bald mit dem Gesetz in Konflikt, trank viel Alkohol, war deswegen mehrere Male in einer Trinkerheilanstalt untergebracht. Ist 31mal wegen Betruges, schwerer Urkundenfälschung, Diebstahls, Unterschlagung und Hehlerei mit insgesamt 9 Jahren und 3 Monaten Gefängnis vorbestraft. Außerdem wurde er vom Oberkriegsgericht wegen Betruges i. R., unerlaubten Tragens der Feldwebeluniform und unerlaubter Entfernung mit 2 Jahren und 7 Monaten Zuchthaus, 5 Jahren Ehrverlust, Versetzung in die II. Soldatenklasse und Entfernung aus dem Heere bestraft. Letzte Straftat: Betrug i. R. Wurde gemäß § 51 Abs. II mit 9 Monaten Gefängnis bestraft und seine »dauernde« Unterbringung in eine H. A. auf Grund des § 42b St.G.B. ausgesprochen. Von einer Maßnahme nach § 42c (Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt) wurde von Gerichtswegen deshalb Abstand genommen, weil sie zwecklos sei, indem die Urteilsbegründung besagte, daß eine 2jährige Entziehungskur zu einem Erfolge nicht würde führen können, wie ärztlich dargelegt und der Angeklagte selbst bestätigt habe. Zugeführt am 2. 10. 1935. Hier ruhig, geordnet, beschäftigt sich mit Hausarbeiten, entwickelt Maltalent. Tatauierungen. Entmündigt wegen Trunksucht.

Diagnose: Psychopathie mit chronischem Alkoholismus. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: nordisch.

☐ 38. A. H., geb. 5. 12. 1888, bei Aufnahme 47 Jahre alt. Guter Schüler. Arbeitete später in der elterlichen Landwirtschaft, besuchte die landw. Schule. 1908/10 aktiv gedient, ging als Unteroffiziers-Aspirant ab. 1912 nach Übung zum Unteroffizier befördert. Im Kriege tüchtiger Soldat, Geschützführer.

Digitized by Google

Zeigte sich seit 1916 verändert, mußte zum Essen angehalten werden, hatte religiöse Vorstellungen, fühlte sich verfolgt, beschwerte sich unter dem Einfluß seines Beeinträchtigungswahns bei seinen Vorgesetzten, kam vorübergehend ins Lazarett. 1929 geheiratet, 3 gesunde Kinder. Nach einer Teilnahme an religiösen Exerzitien im Jahre 1932 behauptete er plötzlich, seine bei ihm wohnende Schwester sei vom Teufel besessen, er müsse ihn austreiben. Er schlug seine Schwester mit einem Eisenrohr auf den Kopf, zündete später sein schuldenfreies Besitztum an, weil die Stimmen es ihm befohlen hätten. Freispruch gemäß § 51 Abs. 1 und Unterbringung in eine H. A. Zugeführt am 17. 10. 1935. Zeigt sich hier bisher außer seiner stillen Art kaum auffällig, spricht sich über seine kriminelle Handlung nicht aus, gibt lediglich an, er sei damals krank gewesen, äußert nie den Wunsch nach Entlassung, spricht nie von seinem Vorleben, beschäftigt sich mit allen vorkommenden Arbeiten auf der Abteilung.

Diagnose: Manisch depressives Irresein. — Körperbautyp: pyknisch. — Rasse: nordisch.

☐ 39. A. W., geb. 14. 2. 1894, bei Aufnahme 41 Jahre alt. Vater litt an Paralysis agitans. W. ist mehrfach in der Schule sitzen geblieben, war immer zaghaft, sehr schüchtern, dabei gewissenhaft. Fiel 1929 durch Unruhe auf, klagte über Kopfschmerzen, glaubte, geschlechtskrank zu sein, befürchtete, verhaftet und umgebracht zu werden. Versuchte 1930, sich die Gurgel durchzuschneiden, schlug sich absichtlich mit dem Beil eine Zehe ab. Verhielt sich zu Hause zänkisch, frech und boshaft, nahm ein Messer mit ins Bett. Kam 1930 erstmalig in eine H. A. Beging nach Entlassung aus der H. A. Brandstiftung. Hatte in einem Walde ein Feuer angelegt und dadurch größeren Waldbrand verursacht. § 51 Abs. 1 zuerkannt. Wurde hier auf Grund des § 126a St.P.O. eingewiesen. Zugeführt am 17. 10. 1935. Äußerte phantastische Beeinträchtigungsvorstellungen. Stand fortwährend unter der Herrschaft von Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen, fühlte sich insbesondere durch elektrische Ströme gequält. Trotzdem wurde vorläufige Unterbringung nach § 126 durch Gerichtsbeschluß aufgehoben, er mußte daher als gemeingefährlicher Geisteskranker auf Grund polizeilicher Verfügung in der Anstalt interniert werden. Unfruchtbarmachung wurde durchgeführt. Ist inzwischen in eine andere Anstalt überführt worden. Degenerationszeichen: Niedrige Stirn, angewachsene Ohrläppchen.

Diagnose: Schizophrenie. — Körperbautyp: athletisch. — Rasse: fälisch.

☐ 40. A. L., geb. 17. 3. 1903, bei der Aufnahme 32 Jahre alt. Nach Schulentlassung bei einem Bauern gearbeitet bis zum 21. Lebensjahr, anschließend 2 Jahre im Baugeschäft tätig. Kam dann »unter die Räuber«, wurde öfter straffällig, will angeblich mehrere Male die Strafe verheirateter Männer freiwillig auf sich genommen haben, richte sich nach dem Wahlspruch: »Edel sei der Mensch, hilfreich und gut.« 1934 geheiratet, 2 gesunde Kinder, 1 voreheliches. Im Anschluß an Gallenblasenoperation wurde er zum Morphinisten. Habe gehungert, um Morphium zu bekommen. Ließ sich von Ärzten Morphium verschreiben, ohne an Bezahlung zu denken. Zehnmal wegen Diebstahls, Betruges, schwerer Urkundenfälschung und Unterschlagung mit insgesamt 2 Jahren und 10 Monaten Gefängnis vorbestraft. Letzte Straftat: Betrug i. R. Gemäß § 51 Abs. II 6 Monate Gefängnis, außerdem Unterbringung in eine H. A. mit dem besonderen Ziele, ihn von seiner Morphiumsucht zu heilen.

Digitized by Google

Zugeführt am 23. 10. 1935. Verhielt sich hier durchaus korrekt, machte keinerlei Schwierigkeiten, äußerte auch keine Sucht nach Morphium. Beschäftigte sich mit vorkommenden Hausarbeiten. Dezember 1935 entlassen, da Zweck der Unterbringung als erreicht angesehen wurde.

Diagnose: Morphinismus. — Körperbautyp und Rasse: nicht mehr feststellbar!

☐ 41. E. K., geb. 27. 5. 1898, bei Aufnahme 37 Jahre alt. Vater notorischer Trinker. K. selbst als Kind von 3 Jahren Krämpfe, lernte erst mit dem 5. Lebensjahr sprechen. Nach kurzem Besuch der Volksschule 3 Jahre auf der Hilfsschule. Bot einer ordentlichen Erziehung schwerste Hindernisse, bummelte und war zu keiner Lernbeschäftigung zu bringen. Nach kurzer Dienstzeit während des Krieges trieb er sich herum und ließ sich zu homosexuellen Dingen verleiten. Stand 17mal unter Strafverfolgung wegen Diebstahls, Betruges, Hausfriedensbruchs, widernatürlicher Unzucht und Erregung öffentlichen Ärgernisses. In 5 Fällen wurde das Verfahren auf Grund des früheren § 51 eingestellt. Hat seit seiner Verheiratung (1931) nicht mehr gearbeitet, sodaß Not und Elend in der 4köpfigen Familie herrschten. Mißhandelte seine Frau sogar während der Schwangerschaft in brutalster Weise. In seiner letzten Strafsache wegen Erregung öffentlichen Ärgernisses erfolgte gemäß § 51 Abs. 1 Freispruch und Unterbringung in eine H. A. Zugeführt am 24. 10. 1935. Verrät hier in seinem ganzen Verhalten eine deutliche Verflachung des Gemütslebens, eine weitgehende Urteilslosigkeit über seine persönlichen Belange und seine Lage. Zeichen von Reue läßt er nicht erkennen. 1925 entmündigt wegen »Geistesschwäche«. Tatauierungen.

Diagnose: angeborener Schwachsinn. — Körperbautyp: athletisch. — Rasse: fälisch-nordisch.

☐ 42. M. D., geb. 23. 3. 1868, bei Aufnahme 67 Jahre alt. In der Schule 1mal sitzen geblieben. Nach Schulentlassung bis zum 22. Lebensjahr beim Bauern gearbeitet. 1890 zum Militär, wegen schlechten Gehörs entlassen. 22jährig geheiratet, nebenher Verkehr mit anderer Frau. Später Bergmann, seit 1928 Invalide. 1928 Sittlichkeitsverbrechen an Kindern in 4 Fällen, erhielt 1 Jahr Gefängnis. 1934 dasselbe Delikt in 3 Fällen. Gemäß § 51 Abs. II zu 9 Monaten Gefängnis verurteilt, außerdem wurde die Unterbringung in eine H.A. auf Grund des § 42 b St.G.B. angeordnet. Zugeführt am 26. 10. 1935. Hier äußerlich ruhig, bezüglich seiner Straftat will er unschuldig sein, verfolgt seine Belange aufmerksam und kritisch, drängt auf Entlassung. Tatauierung.

Diagnose: Psychopathie und Altersarteriosklerose (Blutdruck 190). — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: ostisch.

☐ 43. A. M., geb. 2. 6. 1901, bei Aufnahme 34 Jahre alt. Eltern geschieden, Vater Trinker, wegen Heiratsschwindels und Betruges mit Gefängnis, Bruder wegen Diebstahls vorbestraft. M. selbst als Kind englische Krankheit gehabt, schlechte Schulleistungen. Nach Schulentlassung Schuhmacher gelernt, 2 Jahre ausgehalten, später in der Grube als Schlepper. Mit Unterbrechungen öfter arbeitslos. Insgesamt 13mal auch mit Zuchthaus vorbestraft, hauptsächlich wegen Diebstahls und Sittlichkeitsverbrechens. Letzte Straftat: Sittlichkeitsverbrechen in 3 Fällen, begangen an einer 10jährigen Schülerin. Gemäß

Digitized by Google

§ 51 Abs. II 6 Monate Gefängnis und Unterbringung in eine H. A. Zugeführt am 29. 10. 1935. Hier ruhig und fügsam, wenig Verkehr mit den Mitkranken, in der Schuhmacherei fleißig, zugänglich und freundlich, bekundet jetzt ein harmloses Verhalten. Unfruchtbarmachung durchgeführt. Degenerationszeichen: Kleiner Schädel, Umfang 51 cm, Indianerkopf, infantiler Habitus, Tatauierung.

Diagnose: angeb. Schwachsinn. — Körperbautyp: dysplastisch. — Rasse: ostisch.

□ 44. K. D., geb. 10. 9. 1893, bei Aufnahme 42 Jahre alt. Sohn des Onkels in einer Heilanstalt. D. besuchte die Mittelschule, guter Schüler, Dachdecker gelernt. Im Kriege 4mal verwundet, u. a. Kopfverletzung durch Granatsplitter. 1917 Syphilisinfektion. Nach dem Kriege 5 Semester auf Baugewerksschule, dann am Wasserbauamt und als Bauführer beschäftigt. 1926 »Nervenzusammenbruch«. 1926 und 1932 in einer H. A. Malariabehandlung. Nach Entlassung aus der Heilanstalt wieder beim Wasserbauamt tätig und geheiratet, 2 gesunde Kinder. 1934 ließ er sich durch Vorspiegelung falscher Tatsachen durch Vermittlung eines Banklehrlings ein Scheckbuch besorgen, stellte Schecks aus und schenkte diese den Kindern seiner Angehörigen. Im gleichen Jahre machte er sich eines Fahrraddiebstahls schuldig. Freispruch gemäß § 51 Abs. 1 und Unterbringung in eine H. A. Zugeführt am 31. 10. 1935. Bei der Aufnahme hier heiter-vergnügt. Fand in keiner Beziehung etwas besonderes bezüglich seiner Umgebung, fühlt sich wie zu Hause. Hat angeblich mehrere Millionen Mark Geld verdient durch Patente auf Peilstationen und Fernluftschiffe, äußerst große Pläne. Zuweilen motorisch stark unruhig. Wird mit Rohrflechten beschäftigt.

Diagnose: Progressive Paralyse. — Körperbautyp: pyknisch. — Rasse: ostisch.

○ 45. A. K., geb. 23. 11. 1899, bei Aufnahme 36 Jahre alt. Mutter »nervenkrank«, 3 Brüder »leicht erregbar«, Base machte Selbstmordversuch, Vetter hat im Affekt fahrlässige Tötung begangen. Sie selbst fiel im Verlauf ihrer Schulzeit in ihren Leistungen merklich ab, blieb hinter ihren Mitschülerinnen weit zurück. In mehreren Stellungen, wo sie nach Schulentlassung tätig war, machte sie einen auffällig schläfrigen und beschränkten Eindruck, mied den Verkehr mit gleichalterigen Mädchen. Mußte 1922 ihre letzte Stelle aufgeben, weil sie schwanger war. Hat 1923 Vater des Kindes geheiratet. Anfangs geordnetes Familienleben, bewährte sich sogar als eine brauchbare Hausfrau, später reizbar, zeigte Verstimmungs- und Angstzustände, schimpfte öfter erregt in häßlichen Ausdrücken über ihren Mann, vernachlässigte ihre Wirtschaft, blieb bis gegen Mittag im Bett liegen. Da sie auf Grund eines amtsärztlichen Gutachtens in eine H. A. gebracht werden sollte, schlug sie mit einer Axt ihrem Mann und ihrer Tochter im Schlafe den Schädel ein und schnitt ihnen obendrein noch mit einem Brotmesser die Kehlen durch. Sie selbst versuchte sich mit einem Strick im Walde zu erhängen. Hatte vor der Tat 2 Abschiedsbriefe unsinnigen Inhaltes geschrieben. Später erzählte sie ganz affektlos ihre Tat, die sie aus Angst und Aufregung begangen haben will. Gemäß § 51 Abs. 1 von Anklage des Mordes freigesprochen, Unterbringung in eine H. A. auf Grund des § 42 b wurde angeordnet. Zugeführt am 8. 11. 1935. Muß hier stets zur ordentlichen Verhaltungsweise und Beschäftigung angehalten werden, befindet sich in dauernder Unruhe, kaut an den Kleidungs-

Digitized by Google

stücken, wühlt in den Haaren, neigt in ihrer äußeren Pflege stark zur Verwahrlosung.

Diagnose: Pfropfhebephrenie. — Körperbautyp: pyknisch-athletisch. — Rasse: nordisch-fälisch.

☐ 46. R. P., geb. 16. 4. 1909, bei Aufnahme 26 Jahre alt. In der Schule gänzlich versagt, kann nicht bis 10 zählen. Allgemeines Lebenswissen ebensowenig vorhanden. Vater fiel im Kriege, Mutter verstarb früh. Bei der Großmutter erzogen. Hat 1935 Kindern unter 14 Jahren auf deren Wunsch (!) sein Geschlechtsteil gezeigt. Diese faßten es an, ein Kind nahm sein Geschlechtsteil in den Mund. Wegen Sittlichkeitsverbrechens angeklagt, erfolgte Freispruch gemäß § 51 Abs. 1 und Unterbringung in eine H. A. Zugeführt am 13. 11. 1935. Hier ruhig, zeitlich und örtlich nicht orientiert, sittliche Allgemeinvorstellungen nicht vorhanden, besitzt das Wissen eines 4jährigen Kindes. Degenerationszeichen: Zusammengewachsene Brauen, steiler Gaumen.

Diagnose: angeb. Schwachsinn. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: dinarisch.

○ 47. E. Sch., geb. 23. 11. 1908, bei Aufnahme 27 Jahre alt. Vater war trunksüchtig, eine Schwester des Vaters wurde im Wochenbett geisteskrank, eine 32jährige Schwester der Sch. war vorübergehend in einer H. A. Sie selbst hatte als Kind Typhus. Befriedigende Schulerfolge. Nach Schulentlassung der Mutter im Haushalt geholfen, später in verschiedenen Stellungen tätig. Mit 21 Jahren Tripper. In einem Trinkerasyl, wo sie aushilfsweise war, zeigte sie sich äußerst schwierig, fing wegen einer Zurechtweisung durch eine Schwester mit einer Insassin Streit an, trat diese gegen den Unterleib, schlug sie ins Gesicht, wollte sie die Treppe hinunterwerfen. In ihren Wutanfällen warf sie Teller kaputt und erging sich in üblen Drohungen. 1930 in einem Fürsorgeheim und 1932 im Arbeitshaus zur Zwangsbehandlung ihres Trippers. Wegen Zechprellerei mit 4 Wochen Haft vorbestraft. Jetziges Delikt: Diebstahl. Hatte ihrer Dienstherrin Kleidungsstücke entwendet. Gemäß § 51 Abs. 1 Freispruch, Unterbringung in eine H. A. Zugeführt am 27. 11. 1935. Legt auch hier ein schwieriges Verhalten an den Tag, regt sich über jede Kleinigkeit auf, zeitweise verworren, urteilsschwach, gelegentlich aufsässig gegen Pflegepersonal, kann aber bei Hausarbeit fleißig sein.

Diagnose: Schizophrenie. — Körperbautyp: asthenisch. — Rasse: nordisch.

☐ 48. W. M., geb. 6. 3. 1906, bei Aufnahme 29 Jahre alt. Erst mit 3 Jahren gehen gelernt. Mit 7 Jahren Behandlung in einer Taubstummenanstalt. Keinen Beruf erlernt. Ohne jede geistige Regsamkeit, zeigte Hang zum Herumtreiben. Von 1925 bis 1927 in einer H. A. Wurde angeklagt wegen Sittlichkeitsverbrechen, begangen an schulpflichtigen Kindern; zeigte sein entblößtes Geschlechtsteil und versuchte, die Mädchen unsittlich anzufassen. Freispruch gemäß § 51 Abs. 1 und Unterbringung in eine H. A. Zuführung am 5. 12. 1935. Hier wechselnde Stimmungslage, lebhafte Motorik, läuft ziellos auf der Abteilung herum, macht dauernd die Gesten des Abreisens, des Türaufschließens usw., drängt offenbar auf Entlassung. Sprache lallend, unverständlich, liest Fragen von den Lippen ab. Versuche, ihn in der Anstaltsschuhmacherei mit einfachen Arbeiten zu beschäftigen, scheiterten völlig, begreift nicht die kleinsten Handreichungen, in seinen vegetativen Bedürfnissen sauber. Antrag auf Unfruchtbarmachung gestellt. Degenerationszeichen: Zusammengewachsene Brauen, steiler Gaumen.

Digitized by Google

Diagnose: angeb. Schwachsinn (Idiotie bei Taubstummheit). — Körperbautyp: leptosom 151 cm. — Rasse: dinarisch.

☐ 49. P. E., geb. 2. 8. 1893, bei Aufnahme 42 Jahre alt. Unglückliches Familienleben. Vater war lieblos. E. hat in der Schule schlecht gelernt, lief oft fort. Nach Schulentlassung in einer Tabakfabrik, später Bergmann. 1913 bei der Musterung nicht genommen, im Kriege eingezogen. Nach dem Kriege auf der Walze. Vorübergehend beim Landwirt gearbeitet. Kam unter Anklage wegen Erregung öffentlichen Ärgernisses. Gemäß § 51 Abs. 1 Freispruch und Unterbringung in eine H. A. Zugeführt am 6. 12. 1935. Verhalten hier unterschiedlich, mal ruhig und geordnet auch fleißig, dann plötzlich traurig und erregt, zuweilen starke motorische Unruhe, wälzt sich auf dem Boden herum. Verweigert des öfteren die Nahrungsaufnahme. Sehr fluchtverdächtig. Unfruchtbarmachung beschlossen. Degenerationszeichen: Angewachsene Ohrläppchen.

Diagnose: angeb. Schwachsinn. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: nordisch.

☐ 50. J. E., geb. 17. 3. 1916, bei Aufnahme 19 Jahre alt. Bruder war wegen epileptischer Anfälle in Anstaltsbehandlung. E. selbst schwänzte des öfteren den Schulunterricht, machte allerhand Dummheiten, entwendete zweimal Geld aus der Schulklasse. Kam mit dem 12. Lebensjahr in Fürsorgeerziehung. 1932 entwichen, geriet er zum ersten Male mit dem Strafgesetz in Konflikt. Stahl ein Fahrrad, weil er wegen Blasen unter den Füßen nicht mehr hätte laufen können. Wurde zu 4 Wochen Gefängnis mit 3jähriger Bewährungsfrist verurteilt. Kam in den Arbeitsdienst, lief weg, nachdem er im Büro 50.— Mk. gestohlen hatte. Erneute Strafe von 5 Monaten Gefängnis. Später auf Wanderschaft stahl er ein Portemonnaie und Fahrrad. Wegen letzterer Straftat gemäß § 51 Abs. II 3 Monate Gefängnis und Unterbringung in eine H. A. Zugeführt am 20. 12. 1935. Fügt sich gut in die Anstaltsordnung ein, ist zwar vorlaut und albern, läßt sich aber leiten. In der Anstaltsschuhmacherei beschäftigt, zeigt Freude an der Arbeit. Unfruchtbarmachung beschlossen wegen angebor. Schwachsinns.

Diagnose: debile Psychopathie. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: nordisch-fälisch.

☐ 51. J. B., geb. 1. 9. 1907, bei der Aufnahme 29 Jahre alt. Blieb in der Volksschule 2mal sitzen. Mit 13 Jahren an Gehirngrippe erkrankt, im Anschluß daran auffallende Wesensänderung. Nach der Schulentlassung zum Bauern, später in einer Fabrik als Färber. Wechselte oft die Stellung. Heiratete mit 25 Jahren eine geistig beschränkte Frau, welche den Haushalt vernachlässigte und ein Verhältnis mit einem Nachbarn unterhielt. B. mißhandelte seine Frau, würgte sie am Halse, riß ihr die Haare aus, gab der schwangeren Frau Fußtritte. Aus der Ehe gingen 3 Kinder hervor. 1935 Sittlichkeitsverbrechen an einer 11jährigen Hilfsschülerin. Freispruch gemäß § 51 Abs. 1 und Unterbringung in eine H. A. Zugeführt am 1. 1. 1936. Verhalten in der Anstalt leidlich geordnet, beschäftigt sich willig in der Kolonne. Macht im Umgang keine besonderen Schwierigkeiten, fällt zuweilen mit unerfüllbaren Wünschen lästig. Bezüglich seiner Straftat uneinsichtig. Erklärt, daß die Angaben der Anklage nicht stimmen. Ehescheidungsklage der Frau gemäß § 1569 abgewiesen. Degenerationszeichen: Steiler Gaumen.

Diagnose: Postenzephalitis. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: nordisch.

Digitized by Google

☐ 52. J. E., geb. 3. 7. 1868, bei Aufnahme 68 Jahre alt, ledig. Besuchte die Volksschule mit schlechtem Erfolge, sei öfters nach Hause geschickt worden wegen seines Stotterns, habe bis zum 13. Lebensjahr fast nicht sprechen können. Später Bergmann, seit 1926 Invalide, bezieht Ruhrknappschaftsrente von 104.— R.M. Mit 65 Jahren unter Anklage wegen Sittlichkeitsverbrechen in 4 Fällen. Freispruch gemäß § 51 Abs. 1 und Unterbringung in eine H. A. Zugeführt am 8. 1. 1936. Hat sich hier gut eingewöhnt, ist ruhig, willig und äußerlich leidlich geordnet. Pflegschaft eingerichtet.

Diagnose: Altersdemenz. — Körperbautyp: pyknisch. — Rasse: fälisch.

☐ 53. A. P., geb. 21. 2. 1906, bei Aufnahme 30 Jahre alt. Tante mütterlicherseits geisteskrank, ist seit 17 Jahren in Anstaltsbehandlung. P. lernte schwer sprechen, noch heute stotternde Sprache. Zeigte sich schwer erziehbar. Neigung zu Lügen und bösen Streichen. In der Volksschule 2mal sitzen geblieben. Eltern lebten zeitweise getrennt. 1921 Fürsorgeerziehung wegen Hanges zu Diebstählen und zum Herumtreiben. Später versuchsweise Entlassung aus der Fürsorgeerziehung. Zu Hause frech, bedrohte Mutter mit Messer. November 1923 Heilanstalt. Januar 1925 als ungeheilt entlassen. Mai 1925 erneut eingewiesen. 1927 Entweichung. Heirat Februar 1929. Versagte draußen völlig. Alsbald erneute Anstaltseinweisung. Führung schlecht. Anstifter mehrerer rabiater Entweichungsversuche. Nach einer Entweichung Einbruchsdiebstahl, Anzeige niedergeschlagen, P. wurde in die Anstalt zurückgebracht. November 1931 abermals entlassen. Zerrüttete häusliche Verhältnisse. Frau betreibt Gewerbeunzucht, ist selbst bereits wegen Geistesstörung in Anstaltsbehandlung gewesen, 2 Kinder in Waisenhauspflege, 1 Kind in Privatpflege untergebracht. Bei P. bestand Verdacht auf Zuhälterdienste, Strafverfahren wurde damals nicht eingeleitet wegen Vorliegens des § 51. 1934 abermalige Anstaltseinweisung. Nach erfolgter Unfruchtbarmachung als gebessert entlassen. P. wurde bei seiner Entlassung aus der Anstaltskasse ein Betrag zur Unterstützung gezahlt. Machte nach seiner Entlassung noch schriftliche Pumpversuche bei der Anstaltsleitung, trotzdem er und seine Angehörigen dieser vorher saugrobe Briefe geschrieben hatten. 1935 Sittlichkeitsverbrechen in 4 Fällen an minderjährigen Knaben. P. forderte die Kinder unter Geldversprechungen auf, ihm mit einem Stock auf das Gesäß zu schlagen. In anderen Fällen zog er den Kindern die Hose herunter und betastete deren Gesäß. Das Gericht erkannte auf Freispruch gemäß § 51 Abs. 1 und Unterbringung gemäß § 42b. Am 23. Januar 1936 der hiesigen Anstalt zugeführt, von wo er November entwich; konnte jedoch zurückgebracht werden. Verhalten in der Anstalt sehr unterschiedlich, zeitweise rohes und gemeines Vorgehen im Umgang mit Mitkranken und Pflegepersonal, dann wieder fügsam und arbeitswillig. Öfters aus unbegründetem Mißtrauen heraus gereizt. Bei Besprechung seiner Lage verrät er nicht das geringste Schamgefühl.

Diagnose: angeb. Schwachsinn. — Körperbautyp: athletisch. — Rasse: fälisch-nordisch.

☐ 54. H. Sch., geb. 7. 4. 1918, bei Aufnahme 18 Jahre alt. In der Volksschule 1mal sitzen geblieben angebl. wegen Faulheit, besuchte die Fortbildungsschule ohne Oberstufe. Stiefvater und Vormund bemühten sich um Erziehung. Nach der Schulentlassung Dreherlehre durchgemacht. Mit 16 Jahren erster Einbruch in ein Fahrradgeschäft. Nach 8 Wochen zweiter Einbruch in ein Blumengeschäft. Bei gelegentlicher Beobachtung auf seinen Geisteszustand

Digitized by Google

wurde Erbsyphilis festgestellt und eine Malariakur durchgeführt. Betreffs der ihm zur Last gelegten Handlungen wurde ärztlich der § 51 Abs. 1 zuerkannt und einstweilige Unterbringung in eine H. A. gemäß § 126 angeordnet. Zugeführt am 29. 1. 1936. Legte während seines hiesigen Anstaltsaufenthaltes eine affektive Indolenz an den Tag, die sich im wesentlichen in einem äußerst gleichgültigen, moralisch unberührten Verhalten seinen Straftaten gegenüber äußerte, ferner auch in der überaus leichten Weise, wie er sich in den Anstaltsrahmen einfügte und zufrieden dahinlebte. Größere Störungen der Intelligenz waren nicht nachweisbar. Hier erneute Fieberbehandlung mit Pyripher und Salvarsankur. Anschließend Besserung, wurde nicht mehr als gemeingefährlich angesehen und seine Entlassung aus der Anstalt ärztlich befürwortet. § 126a daher aufgehoben. Körperlicher Befund bei der Einweisung: Große, völlig lichtreaktionslose Sehlöcher, Fehlen der Kniesehnenreflexe. 1934 zeigte die Gehirnflüssigkeit schwere Veränderungen im Sinne einer Paralyse, deutliche Zellenvermehrung, positive *Pandy*sche Reaktion, positive *Wassermann*sche Reaktion schon bei 0,1, Paralysekurve der Goldsol- und Mastixreaktion und positive metaluetische Ausflockung der Sublimat-Fuchsinreaktion. Nach Malariakur in der hiesigen Anstalt *Wassermann*sche Reaktion mit inaktivem Liquor negativ, mit aktivem Liquor Eigenhemmung. Pandy negativ, ebenso die Goldsol- und Mastixreaktion.

Diagnose: juvenile Paralyse. — Körperbautyp: leptosom mit athletischen Einschlag. — Rasse: nordisch.

☐ 55. A. M., geb. 21. 10. 1869, bei Aufnahme 67 Jahre alt. Schneidermeister, verwitwet, keine Kinder. In der Schule gut gelernt. Nach Schulentlassung zuerst ein Jahr Landarbeit bei den Eltern verrichtet, dann Schneider gelernt, später selbständig. Erstmalig im Alter von 68 Jahren im Zeitraum von 1932 bis 1935 wegen Unzucht, versuchten Sittlichkeitsverbrechens, Erregung öffentlichen Ärgernisses und versuchter Notzucht mit dem Strafgesetz in Konflikt kommen. Einstweilige Unterbringung in eine H. A. gemäß § 126a angeordnet, dann Freispruch gemäß § 51 Abs. 1 und Unterbringung nach § 42b. Am 5. 2. 1936 hier zugeführt. Ist ruhig, äußerlich leidlich geordnet. Beschäftigt sich mit Büchern und Zeitunglesen, verrät aber unverkennbare Zeichen einer Demenz.

Diagnose: Altersschwachsinn (Dementia arteriosklerotica). — Körperbautyp: pyknisch. — Rasse: fälisch.

☐ 56. W. B., geb. 14. 12. 1899, bei Aufnahme 37 Jahre alt, ledig. 1 Tochter von Vaters Bruder ist idiotisch. B. hat Volksschule mit gutem Erfolg besucht. Nach der Schulzeit zunächst Spinnerlehrling, dann Postaushelfer, Güterbodenarbeiter und Eisenbahner. 1918 im Felde leichte Verschüttung. 1923 nach New-York zu Verwandten, dort $1^1/_2$ Jahr in einer Kunsteisfabrik gearbeitet. 1925 zu den Eltern zurück, wo er sich wieder als Zechen- und Güterbodenarbeiter beschäftigte. Im angeheiterten Zustande kam ihm der Entschluß, auf Wanderschaft zu gehen; wurde von seinem Bruder zurückgeholt. Leichter Lebenswandel. Fuhr monatlich in die Großstadt ins Bordell. 36jährig erstmalig wegen Sittlichkeitsverbrechens (§ 176 Ziff. 3 StGB.) gemäß § 51 Abs. II zu 9 Monaten Gefängnis und Unterbringung in eine H. A. verurteilt. Zuführung am 12. 2. 1936. Fügt sich hier gut ein, ist zurückhaltend, willig, fleißig, ruhig, zufrieden. Fällt nicht sonderlich auf. Beschäftigt sich mit Rohrflechten und Hausarbeit auf der Abteilung, ist behilflich bei allen vorkommenden Arbeiten.

Digitized by Google

Unfruchtbarmachung beschlossen. Degenerationszeichen: Spina bifida occulta, angewachsene Ohrläppchen, infantile Genitalien.

Diagnose: Schizophrenie. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: nordisch.

☐ 57. E. Z., geb. 26. 10. 1908, bei Aufnahme 28 Jahre alt, ledig. Mutter »nervös«. Besuch des Gymnasiums bis zur Obersekundareife, dann Handelsschule. Bankbeamter. Seit 1930 arbeitslos. In der Folgezeit äußerte er Beziehungsideen, bedrohte seine Umgebung. Als gemeingefährlicher Geisteskranker 1933 in eine H. A., wo er nach 6 Monaten als gebessert entlassen wurde. Seit 1931 verfaßte er Beschwerdebriefe, belästigte Polizeibehörden und Gerichte mit Eingaben. Stand am 23. 11. 1936 wegen öffentlicher Beleidigung, Erpressung, Bedrohung und fälschlicher Anzeige unter Anklage. Einstweilige Unterbringung gemäß § 126a StPO. Der hiesigen Anstalt am 19. 12. 1936 zugeführt. Ist hier ruhig, äußerlich leidlich geordnet, immer gleichgültig, zufrieden, oberflächlich, lächelnd. Bei seinen gewandten Reden wirft er mit den Paragraphen umher, hält sich für bedeutend und interessant. Schreibt seitenlange Briefe an den Arzt, worin er überheblich ärztliche Anordnungen bekrittelt, oder an seine Angehörigen, worin er auf Entlassung drängt. Am 23. 6. 1936 wurde die einstweilige Unterbringung umgewandelt in eine Unterbringung gemäß § 42b St.G.B. unter Zuerkennung des § 51 Abs. 1.

Diagnose: Paraphrenie. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: nordisch.

☐ 58. P. S., geb. 5. 10. 1897, bei Aufnahme 39 Jahre alt. Besuchte die Volksschule, versuchte sich weiter fortzubilden, mußte Studium wegen Augenleidens abbrechen. Arbeitete dann als Heizer in einem Elektrizitätswerk und an anderen Stellen. 1921 Gehirngrippe. Eröffnete ohne Geldmittel einen Buch- und Papierladen. 1924 wegen Sittlichkeitsverbrechen in 2 Fällen zu 9 Monaten Gefängnis verurteilt; hatte zwei 10jährige Mädchen an die Brust und an das Geschlechtsteil gefaßt. 1934 unter Anklage wegen unsittlicher Redensarten mit einem 14jährigen Mädchen. Verfahren eingestellt. 1935 erneutes Sittlichkeitsverbrechen; hatte ein 11jähriges Mädchen in unzüchtiger Weise an Brust und Oberschenkel gefaßt und sich in schamloser Weise mehreren Frauen und Mädchen genähert, indem er diese auf das Gesäß schlug, zu küssen verlangte und unter die Röcke zu fassen versuchte. Seinen Taten steht er völlig kritiklos gegenüber und bezeichnet alles als einen Spaß. Freispruch gemäß § 51 Abs. 1 und Unterbringung. Am 25. 2. 1936 der hiesigen Anstalt zugeführt. Hier unzufrieden, nörgelnd, kritisiert die Behandlung des Arztes und das Essen. Wird in der Buchbinderei beschäftigt, welche Beschäftigung ihm wohl zusagt. Degenerationszeichen: Angewachsene Ohrläppchen.

Diagnose: Metenzephalitis. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: nordisch.

☐ 59. H. I., geb. 30. 8. 1897, bei Aufnahme 39 Jahre alt. Engländer von Geburt. Mutter soll vom schottischen Adel stammen, 4mal in Anstaltsbehandlung gewesen und auch in einer Anstalt verstorben sein. Vater notorischer Trinker und starker Raucher, hat ausschweifend gelebt, an Lungentuberkulose gestorben. 6 Geschwister gesund. I. besuchte Berliner Gemeindeschule, hat gut gelernt. Nach Schulentlassung Mechaniker und Kaufmann, wegen seines Asthmaleidens sattelte er um zum Gärtnerberuf. 1914 als Engländer interniert. Während der Internierung 2 Jahre im Lazarett verbracht, viel Narkotica

Digitized by Google

und Morphium erhalten, stark ans Onanieren gekommen. 1917 Entlassung aus dem Lager. Kehrte in seine frühere Stellung als Gärtner zurück. Wechselte noch einige Male Stellung und Beruf. Erstmalig Anstaltseinweisung 1921 wegen Depressionen. Nach Entlassung hat er sich angeblich zur Aufgabe gestellt, als bindendes Glied zwischen die katholische und evangelische Kirche zu treten. Nahm an sozialpädagogischen Arbeitsgemeinschaften der Werkwochenbewegung teil, danach 2mal 40 Wochen im derzeitigen freiwilligen Arbeitsdienst gewesen. Spielte später im Bibelkreis eine Rolle. Gelegentlich 3 Selbstmordversuche, sei im letzten Moment jedoch stets zu feige gewesen, diese energisch auszuführen. Betäubte seine innere Zerrissenheit mit Alkohol, Nikotin, sowie mit Besuch von Vergnügungslokalen. Kam 1936 zum Besuch eines befreundeten Diakons nach Bethel, um Stelle als Gärtner zu suchen. Gelegentlich der Übernachtung sei es zu sexuellen Exzessen mit anderen Schlafkollegen gekommen. Folgenden Tags habe er religiöse Schriften an Schüler verteilt. Bei einem Spaziergang mit einem 14jährigen Schüler Verhaftung. März 1936 erfolgte gemäß § 126a St.P.O. einstweilige Unterbringung und später endgültige Unterbringung. § 51 Abs. 1 wurde bejaht, Unfruchtbarmachung beschlossen. Er legte hiergegen Berufung ein als Engländer, deshalb sollte Ausweisung erfolgen. Verhalten hier war redselig. Spielte den Clown auf der Abteilung. Nachts viel schlaflos und sehr unruhig. Packte seine Betten aus und deckte sich mit den Matratzenteilen zu. Wurde zuerst mit Rohrflechten beschäftigt, dann zur Steinmacherkolonne verlegt. Äußerte gelegentlich, er wolle den Arzt mit dem Spaten auf den Kopf schlagen. Bei der Arbeit zerfahren, im Laufe seines Hierseins besserte sich seine äußere Haltung, er wurde umgänglich und höflich, war schließlich gut gelitten, blieb manisch und zum Scherzen aufgelegt. Im März 1937 verstorben infolge Erschöpfung bei Asthmaanfällen.

Diagnose: Manisch-depressives Irresein. — Körperbau dysraphisch (Kyphose). — Rasse: nordisch.

☐ 60. R. O., geb. 23. 9. 1907, bei Aufnahme 29 Jahre alt. Aus dem 5. Schuljahr entlassen. Nach Schulentlassung 3 Jahre Zechenarbeiter, dann $^1/_2$ Jahr selbständigen Holzhandel geführt. Schlug sich in der Folgezeit mit Betteln und Tippeln durch. 1936 Sittlichkeitsverbrechen an einem 7jährigen Mädchen: Er faßte das Kind an das Geschlechtsteil und küßte es. Erklärte später, er hätte es »zum Studium« getan. Freispruch gemäß § 51 Abs. 1, sowie Unterbringung in eine H. A. Am 18. März 1936 der hiesigen Anstalt zugeführt. Verhalten anfänglich stumpf, ohne Interesse für Arbeit, schützte Krankheit vor. Äußert überspannte Ideen, hat hochfliegende Pläne, will Flugzeugführer werden. Später arbeitswilliger, gelegentlich Fluchtversuch. Redet viel und schreibt verworrene Briefe. Sehr gierig beim Essen. Drängt auf Entlassung. Versuchte, bei gemeinschaftlichen Spaziergängen Frauen anzureden. Bat den Abteilungsarzt, ihn mit der Lazarettassistentin bekannt zu machen, da er sie liebe und sie heiraten wolle. Unfruchtbarmachung beschlossen.

Diagnose: Pfropfhebephrenie. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: ostisch-dinarisch.

☐ 61. A. K., geb. 13. 3. 1875, bei Aufnahme 61 Jahre alt. Seit 1899 im Dienste bei der Reichspost. Heirat 1902. Mehrere Kinder. Ehe infolge seiner Trunksucht unglücklich. 1911 Scheidung, K. für alleinschuldig

Digitized by Google

erklärt. Im selben Jahre Einweisung in ein Trinkerasyl. Zweite Ehe, 1 Kind. Weiter dem Trunke ergeben. 1927 auf Veranlassung seiner Dienstbehörde erneute Entwöhnungskur. Kein Erfolg. 1930 in Ruhestand wegen Dienstunfähigkeit infolge Trunksucht. Trank weiterhin täglich mindestens $^1/_2$ Liter Branntwein. Sein Verhalten gestaltete sich immer bedrohlicher; wurde seiner Frau gegenüber wiederholt tätlich, sodaß Polizei eingreifen mußte. 1933 Entmündigung wegen Trunksucht. Januar 1934 wurde bereits eine beginnende Alkoholparanoia festgestellt. Hat am 26. 8. 1935 im betrunkenen Zustande Streit mit seiner Frau bekommen und diese mit einer Kaffeekanne aus Blech zu Boden geschlagen und lebensbedrohend am Halse gewürgt. Freispruch gemäß § 51 Abs. 1 und Unterbringung in eine H. A. Zuführung am 25. 3. 1936. Sein Verhalten hier ruhig und geordnet. Fügt sich in allem der Hausordnung. Spricht wenig, beschäftigt sich mit allen vorkommenden Arbeiten.

Diagnose: chron. Alkoholismus (Alkoholparanoia). — Körperbautyp: pyknisch. — Rasse: fälisch.

☐ 62. W. S., geb. 4. 4. 1916, bei Aufnahme 20 Jahre alt. Mutter »nervenkrank«, leidet zeitweise an »Schreikrämpfen«, 3 Schwestern, gesund beruflich tätig. Bruder wegen Unehrlichkeit aus kaufmännischer Lehre entlassen. S. lernte in der Volksschule schlecht. Angeblich in den ersten Schuljahren durch Hufschlag Verletzung am Hinterkopf erlitten. Schwer erziehbar, lügnerisch, lief zweimal von Hause fort, versuchte, es anzustecken. Nach der Schulzeit schlugen mehrere Versuche, den Jungen in eine Lehrstelle unterzubringen, fehl. Wurde Holzarbeiter bei einer Firma, die pleite ging. Kam zu seinem Vater in die Bäckerlehre, keine Gesellenprüfung gemacht, weil Vater Geschäft aufgab. Trat der Hitlerjugend bei. Mit 18 Jahren zur S.A. 1933 Sittlichkeitsverbrechen: der damals 19jährige ging mit einigen Knaben in den Wald, entblößte dort sein Geschlechtsteil und rieb solange, bis Samenerguß eintrat. Sagte zu den Kindern, das sei »Eierfett«. Forderte Kinder auf, das gleiche zu tun, Strafverfahren wurde eingestellt, nachdem der Kreisarzt ihn als erheblich schwachsinnig bezeichnete. Der angebliche Hufschlag wurde ausdrücklich als exogene Ursache abgelehnt. 1935 zum Arbeitsdienst. In der Folgezeit versuchte er weiterhin, kleine Kinder an sich zu locken. Gericht erkannte auf § 51 Abs. 1, sowie Unterbringung gemäß § 42b. Am 28. 4. 1936 der hiesigen Anstalt zugeführt. Verhalten dem Pflegepersonal und den Mitpatienten gegenüber leidlich geordnet und zuvorkommend. Arbeitet zur Zufriedenheit bei der Steinmacherkolonne. Hofft auf baldige Entlassung. Degenerationszeichen: Angewachsene Ohrläppchen, steiler Gaumen.

Diagnose: angeb. Schwachsinn. — Körperbautyp: athletisch. — Rasse: nordisch.

☐ 63. E. S., geb. 20. 7. 1892, bei der Aufnahme 44 Jahre alt. Eltern früh verstorben, hat sie nicht gekannt. Seine Brüder sind mit ihm auf der Militärschule erzogen worden. Befriedigende Schulerfolge. Erlernte später Mühlenbau- und Zimmerhandwerk. 1914—1917 im Felde. Kriegsrente wegen chronischen Bronchialkatarrhs. Bis 1925 als Mühlenbauer tätig, dann invalidisiert. 1930 Heirat, Ehe durch beiderseitige Schuld 1934 geschieden. Betätigte sich in letzten Jahren als Winkelkonsulent und Angeber. Erließ eine Unmenge von haltlosen Anzeigen wegen Meineids. Verschiedene Volksgenossen kamen durch sein Treiben in die schwierigste und verzweifelste Lage. Schreckte hemmungslos nicht vor Beleidigung der höchsten Beamten des Gerichtes und der Staats-

Digitized by Google

anwaltschaft zurück. Ist 6mal vorbestraft wegen Beleidigung, falscher Anschuldigung und Betrug. 1934 Zuchthausstrafe von 1 Jahr und sechs Monaten wegen falscher Anschuldigung. Im Verlauf seiner Strafverbüßung ergab sich die eindeutige Feststellung einer geistigen Störung. Deshalb nachträglich Freispruch auf Grund des § 51 Abs. 1 und Unterbringung in eine Heil- und Pflegeanstalt. Zuführung April 1936. Macht hier keine besonderen Schwierigkeiten, fügt sich im allgemeinen willig in alles. Sehr redegewandt, liest gern Zeitungen, beschäftigt sich mit Rohrflechten und Hausarbeit. Glaubt nörglerisch aber doch, zuweilen manche Einrichtungen der Anstalt kritisieren zu müssen.

Diagnose: paranoide Reaktion, Querulantenwahn. — Körperbautyp: pyknisch-athletisch. — Rasse: nordisch-fälisch.

○ 64. K. K., geb. 8. 8. 1881, bei der Aufnahme 55 Jahre alt. Bruder der Mutter litt an Epilepsie. K. hat eine normale Jugendentwicklung durchgemacht mit guten Schulerfolgen. Nach Schulentlassung zu Hause geholfen, vorübergehend in Stellung gewesen. 1916 plötzlich sehr erregt, betete viel, zahllose religiöse Wahnideen, Gehörstäuschungen, zeigte sich gefährlich für ihre Umgebung, benahm sich eigen, verschroben, empfindlich. 1917 bis 1918 in einer H. A. Dort zeitweise motorisch unruhig, widerstrebend, hörte zahllose Stimmen, die sie völlig beherrschten. Nach der Entlassung aus der Anstalt hat sie bis 1925 bei Verwandten gelebt, in den letzten Jahren war sie Hausverwalterin bei ihrem Bruder. Benahm sich eigenartig, lief sinnlos umher, sprach und betete viel, oft die halbe Nacht. 1929 in Schutzhaft genommen, weil sie die Mieter mit dem Beil bedrohte und äußerte, das Haus anzuzünden. 1935 brannte sie das Haus ihres Bruders an. Glaubte, sie sei die Erlösermutter, die der Welt allen zum Heil ein Kind schenken würde. Es erfolgte Freispruch von der Anklage der Brandstiftung gemäß § 51 Abs. 1 und auf Grund des § 42b Unterbringung. Zuführung am 13. 5. 1936. Steht auch hier noch unter dem Einfluß ihrer Sinnestäuschungen und Wahnideen. Macht im übrigen keinerlei Schwierigkeiten, beschäftigt sich mit Hausarbeiten.

Diagnose: Schizophrenie. — Körperbautyp: pyknisch. — Rasse: fälisch.

□ 65. E. W., geb. 1. 8. 1910, bei der Aufnahme 26 Jahre alt. Vater macht einfältigen Eindruck, 10 Geschwister sollen gesund sein. Blieb 3mal in der Volksschule sitzen. Nach Schulzeit Landarbeiter und Bergmann. 1931 auf der Walze, beging mit anderen Einbruchsdiebstahl in die Bude eines Schrebergartens. Strafe 3 Monate Gefängnis. Während der Haft Erhängungsversuch. Sprang nach der Haftentlassung ins Wasser, wurde in eine Heilanstalt eingewiesen. 1932 Entweichung aus der Anstalt. In der Folgezeit erregte er verschiedentlich öffentliches Ärgernis, indem er Frauen und Mädchen sein entblößtes Geschlechtsteil zeigte und in einer Weise onanierte, daß seine Manipulationen von diesen gesehen werden mußten. Führte in Gegenwart von Kindern unsittliche Redensarten. Freispruch gemäß § 51 Abs. 1 und Unterbringung gemäß § 42b. Zuführung im Juni 1936. Verhält sich hier im ganzen teilnahmslos. Macht beschränkten, aber gutmütigen Eindruck, blöde und albern. Zeitliche Orientierung mangelhaft. Arbeitet teilweise fleißig bei der Kolonne, bleibt dann plötzlich stehen und läßt den Speichel aus dem Munde laufen. Schlug sich am Kaffeetisch plötzlich mit beiden Fäusten vor den Kopf und verharrte in krampfhafter Stellung. Hinterher stilles und verwirrtes Verhalten. Wurde schon 2mal bei gegenseitiger Onanie mit einem an-

Digitized by Google

deren Patienten ertappt, deshalb zur Wachabteilung zurück. Unfruchtbarmachung durchgeführt. Degenerationszeichen: angewachsene Ohrläppchen, Tatauierung.

Diagnose: Atropfhebephrenie. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: fälisch.

☐ 66. J. J., geb. 15. 3. 1890, bei der Aufnahme 45 Jahre alt. Vater Trinker, Mutter schwachsinnig und epileptisch. Schwester ebenfalls epileptisch. Ungünstige Lebensverhältnisse. Hat die Schule aus Krankheitsgründen wenig besucht. Kann nur seinen Namen schreiben, nicht lesen. Hat nichts rechtes gelernt. Lebensführung plan- und ziellos. Mit 20 Jahren erstmalig straffällig. 21 Vorstrafen wegen Betrugs, Diebstahls und Unterschlagung, 20mal mit Gefängnis, 1mal mit Zuchthaus bestraft. Seine Strafen wurden auf eine Gesamtstrafe von insgesamt 6 Jahren und 3 Monaten Zuchthaus zusammengezogen. Bei sämtlichen Taten hat er Kleidungsstücke von geringem Wert an sich gebracht. 1927 Heirat mit Frau, die er im Zuchthaus kennen gelernt hatte und die bei Hochzeit schwanger war durch einen anderen Mann. 1931 Scheidung wegen Verschuldens der Ehefrau. Keine Kinder. 1933 als Geschlechtskranker 8 Wochen im Arbeitshaus zur Zwangsbehandlung. 1934 lieh er sich einige Kleidungsstücke, mit denen er verschwand. Strafe 1 Jahr Zuchthaus. Staatsanwaltschaft legte Berufung ein, weil nicht auf Sicherungsverwahrung erkannt worden war. Im neuen Verfahren erkannte Gericht auf § 51 Abs. II, sowie Unterbringung nach § 42b. Am 22. 7. 1935 der Heilanstalt zugeführt. Verhalten hier freundlich, umgänglich, gesprächig. Körperlich schwächlich, klagt gern über allerlei Beschwerden, insbesondere über Kopfschmerzen, mit ganz leichten Arbeiten beschäftigt. Äußert viele unerfüllbare Wünsche, raucht stark. Zahlreiche Tatauierungen an den Armen, sämtlich nackte Frauen in schamloser Stellung darstellend. Degenerationszeichen: Kleinkopf, Vogelgesicht, verunstaltete Ohren.

Diagnose: imbeziller Psychopath. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: nordisch.

☐ 67. J. L., geb. 25. 3. 1907, bei der Aufnahme 29 Jahre alt. Vater im Alter von 72 Jahren an Altersschwäche gestorben. Mutter und 7 Geschwister sämtlich gesund. Onkel mütterlicherseits schwachsinnig. L. blieb in der Volksschule einmal sitzen. Nach Schulentlassung 1 Jahr Schlosserlehre, dann Fuhrknecht. Wegen Arbeitsmangel entlassen. Später Walzer. 1924/25 wegen eines kleinen Diebstahls in Erziehungsanstalt. Weiter 6 Vorstrafen wegen Diebstahls, einmal wegen Betrugs und Hehlerei. Unterhielt ein Verhältnis mit einer 10 Jahre älteren Frau und mit einem geschlechtskranken Mädchen. Ende 1930 Heirat mit einer morphiumsüchtigen Frau, welche ihn zum Morphiummißbrauch verführte. Seine Sucht wurde immer größer. 1931 Entziehungskur in einer Heilanstalt. Nach Entlassung erneut Morphium genommen. Setzte seinen ganzen Verdienst in M. um. Konnte ohne M. nicht mehr arbeiten. Verdienst wurde knapper, er fälschte eine ganze Reihe von Rezepten unter Hinzufügung falscher Namen. Das Gericht erkannte gemäß § 51 Abs. 1 auf Freispruch und Unterbringung nach § 42b. Am 23. Juli 1936 der hiesigen Anstalt zugeführt. Verhält sich hier ruhig und geordnet. Geht mit zur Arbeitskolonne, ist sehr fleißig und zuvorkommend.

Diagnose: Morphinismus. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: nordisch.

Digitized by Google

☐ 68. K. S., geb. 31. 3. 1910, bei der Aufnahme 26 Jahre alt. Vater Berginvalide, leidet an Herzverfettung. Mutter und 8 Geschwister gesund. Auf der Volksschule 3mal sitzen geblieben, deshalb Hilfsschule. Nach der Schulzeit Zechenarbeiter. Vorübergehend in einer Erziehungsanstalt, dann arbeitslos. 1928 wegen kleinen Diebstahls 20 Mark Geldstrafe, evtl. 4 Tage Haft. Im gleichen Jahr wegen Sittlichkeitsverbrechens 6 Monate Gefängnis. Strafaussetzung und Straferlaß. 1932 wegen Diebstahls mit 21 Mark Strafe, evtl. 1 Woche Haft bestraft. 1933 wegen Diebstahls i. R. und Bettelns 3 Monate Gefängnis und 3 Tage Haft. Sommer 1934 erneutes Sittlichkeitsverbrechen in 3 Fällen. Lockte 3 minderjährige Mädchen mit sich unter Versprechungen, ihnen etwas zu schenken. Zog ihnen die Hose herunter, faßte an ihr Geschlechtsteil, versuchte sein Glied einzuführen. Gericht erkannte in Verbindung mit § 51 Abs. II auf eine Gesamtstrafe von 1 Jahr und 6 Monaten Gefängnis und Unterbringung nach § 42b. Zuführung am 1. 8. 1936. Macht hier keine Schwierigkeiten, kommt allen Anordnungen willig nach. Wird mit Außenarbeiten beschäftigt, sehr fleißig, ruhig, geordnet. Degenerationszeichen: Steiler Gaumen.

Diagnose: angeborener Schwachsinn (Imbezillität). — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: nordisch.

☐ 69. H. S., geb. 11. 4. 1886, bei der Aufnahme 50 Jahre alt. In der Schule angeblich immer der erste gewesen. Nach der Schulentlassung Anstreicherlehrling. Von 1914—1918 im Felde. Später auf der Zeche gearbeitet, dann wieder Anstreicher. 1919 Heirat. 1923 Scheidung. Gibt wörtlich an: »Das Luder taugte nichts, ging ins Kino, rauchte Zigaretten, vögelte mit anderen, brachte alles durch, ich konnte soviel Geld verdienen, wie ich wollte.« Aus dieser Ehe eine Tochter. 1926 wegen Betrugs zu 1 Woche Gefängnis verurteilt mit Bewährungsfrist. September 1935 bettelte S. eines Tages ein Butterbrot, legte sich im Beisein der 17jährigen Haustochter hinter dem Stall auf die Erde und ließ die Hose herunterfallen. Den wiederholten Aufforderungen, diese wieder anzuziehen, kam er jedoch nicht nach; am selben Abend wurde er schlafend in einem Schuppen aufgefunden, die Hose ebenfalls bis auf die Schuhe hängend und das Hemd bis unter die Arme heraufgezogen. Wurde zur Beobachtung in eine Heilanstalt eingewiesen. War zeitlich und örtlich nicht orientiert, lebte gleichgültig in den Tag hinein ohne zu wissen, mit was für Menschen er es zu tun hatte. Behandelte den Arzt wie seinesgleichen und renommierte tüchtig mit seinen Kenntnissen. Gab an, mit einer reichen Frau verlobt zu sein. Freispruch gemäß § 51 Abs. 1 und Unterbringung nach § 42b. Zugeführt am 10. 8. 1936. Sein Zustand hat sich hier nach Malariakur gebessert, sein Verhalten ist ruhig und zufrieden, er beschäftigt sich in der Anstreicherei ohne Schwierigkeiten zu machen. Degenerationszeichen: steiler Gaumen.

Diagnose: progressive Paralyse. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: nordisch.

☐ 70. E. Sch., geb. 6. 8. 1883, bei der Aufnahme 53 Jahre alt. Vater Trinker, Mutter Epileptikerin. Ein Bruder Epileptiker, ein anderer Bruder vielfach vorbestraft. Zwei Schwestern im schulpflichtigem Alter im Krampfanfall verblieben. Eine Schwester wurde von ihrem Liebhaber 1908 erschossen. Schlechte Schulerfolge. Kann nur seinen Namen schreiben, nicht lesen. Seit seiner Schulzeit homosexuelle Neigungen. Von 13.—16. Lebensjahre im Zirkus

Digitized by Google

als Kunstradfahrer. Später Maurerlehrling, Gesellenprüfung bestanden. Mit 21 Jahren zum Militär. Nach ca. $1^1/_2$ Jahren infolge »Nervenziehens« als untauglich abgegangen. Bekam einen Zivilversorgungsschein und eine Stelle als Forsthüter. Mußte diese Stelle wieder verlassen, weil er sich infolge widernatürlicher Unzucht strafbar gemacht hatte. Von 1916 bis Kriegsende im Felde. Strafregister weist bei Sch. bis 1914 bereits 21 Vorstrafen, darunter 11 wegen widernatürlicher Unzucht auf, die übrigen wegen Diebstahls, Körperverletzung, Sachbeschädigung, Urkundenfälschung, Betrugs und Hausfriedensbruchs. Das letzte gegen ihn schwebende Verfahren im Jahre 1914, sowie die in den Jahren 1917, 1923 und 1925 erstatteten Anzeigen wegen widernatürlicher Unzucht wurden sämtlich auf Grund des damaligen § 51 niedergeschlagen. Nach dem Kriege Heirat. Tiefbaugeschäft angefangen. Infolge guten Verdienstes starker Alkoholmißbrauch. 1924 Scheidung wegen seiner Straftaten. Bis 1930 arbeitslos. Fing dann Seifenengrosgeschäft an. 1933 zweite Heirat. Diese im Jahre 1934 ebenfalls wegen seiner sittlichen Verfehlungen geschieden. Von Dezember 1933 bis März 1934 in Untersuchungshaft wegen widernatürlicher Unzucht in 3 Fällen. Hatte mit einem 14jährigen Jungen unzüchtige Handlungen vorgenommen, indem er versuchte, sein Geschlechtsteil in den After des Knaben einzuführen. Dann konnte ihm noch nachgewiesen werden, im Jahre 1931 in seiner Wohnung widernatürliche Unzucht mit mehreren Stellung suchenden jungen Leuten betrieben zu haben. In der Untersuchungshaft versuchte Sch., sich selbst zu entmannen, führte die Sache aber wegen der Schmerzhaftigkeit nicht durch. Gegen das Urteil, in dem auf Sicherungsverwahrung gemäß § 42e erkannt war, legte Sch. Berufung ein mit dem Ergebnis, daß bei ärztlicher Zuerkennung des § 51 Abs. II auf eine Gefängnisstrafe von $2^1/_2$ Jahren, sowie Unterbringung in eine Heil- und Pflegeanstalt erkannt wurde. Von einer Milderung der Strafe hatte das Gericht trotz Feststellung der verminderten Zurechnungsfähigkeit abgesehen, um eine nachhaltigere Wirkung zu erzielen. Im März 1936 auf eigenen Antrag entmannt. Im August 1936 der hiesigen Anstalt zugeführt. Verhalten hier ruhig, leidlich geordnet. Wird mit Rohrflechten beschäftigt. Macht einen leicht depressiven, weichlichen Eindruck. Gibt an, er habe seit der Kastration keine geschlechtlichen Erregungen mehr verspürt. Drängt ständig auf Entlassung. Muß wegen Fluchtverdacht im Bewahrhaus gehalten werden. Krampfanfälle sind hier nicht beobachtet worden.

Diagnose: erbliche Fallsucht. — Körperbautyp: athletisch. — Rasse: fälisch.

☐ 71. M. D., geb. 18. 3. 1914, bei der Aufnahme 22 Jahre alt. Mit 6 Jahren angeblich aus der Schaukel gefallen, soll danach abartig geworden und geistig zurückgeblieben sein (?). Hilfsschule besucht. Nach Verübung mehrerer kleiner Bandendiebstähle mit 14 Jahren in Fürsorgeerziehung. Dort versuchte er zum Vergnügen anderer Zöglinge eine Hündin sowie eine Sau geschlechtlich zu mißbrauchen. Kam seit 1928 wiederholt in Heilanstalten, von wo er 13mal entwich. D. ist 6mal wegen Diebstahls, schweren Diebstahls, Widerstandes gegen die Staatsgewalt, unbefugten Waffentragens, Bettelns, Hausfriedensbruches und Mundraubes zu insgesamt 14 Monaten Gefängnis und 5 Wochen Haft verurteilt. Letzte Straftat: schwerer Diebstahl. Freispruch gemäß § 51 Abs. 1 St.G.B. und Unterbringung. Zugeführt am 17. 8. 1936. Machte auf dem Transport nach hier einen Entweichungsversuch. Fügt sich nun gut ein, ist ruhig, äußerlich durchaus geordnet, fleißig in der Steinmacherkolonne, willig,

Digitized by Google

umgänglich. Auf eigenen Antrag am 16. 12. 1936 hier unfruchtbar gemacht. Seitdem äußert er unter Bezug auf seine Unfruchtbarkeit öfters den Wunsch, bald entlassen zu werden. Befindet sich im Bewahrhaus.

Diagnose: angeb. Schwachsinn und Psychopathie. — Körperbautyp: athletisch. —. Rasse: fälisch.

○ 72. J. B., geb. 16. 9. 1879, bei der Aufnahme 57 Jahre alt. Gute Schülerin. Nach Schulentlassung bis zum 26. Lebensjahr im elterlichen Haushalt und Geschäft tätig. Anschließend in verschiedenen Stellungen als Haushälterin, Küchenmädchen und Krankenpflegerin. Mit ersten Mann $1^1/_2$ Jahr verheiratet. Dieser trank, bekam Delirium tremens, schlug und mißhandelte sie. Ehescheidung, Wiederverheiratung. Diese Ehe währte 18 Jahre, dann auch geschieden, sie für schuldig erklärt, weil sie den Haushalt vernachlässigte, sich mit anderen Männern herumtrieb und öffentliche Tänze in nicht einwandfreien Kostümen aufführte. Kam wegen Abtreibung (Verbrechen nach § 218 Abs. 2 und 4) unter Strafverfolgung. Gemäß § 51 Abs. 1 freigesprochen, Unterbringung angeordnet, zugeführt am 20. 8. 1936. Hält sich hier äußerlich geordnet, weist die ihr zur Last gelegte Straftat entrüstet von sich, stellt sich als ehrliche Frau hin. Will eine große namenlose Künstlerin sein, habe einen Film im Werte von 50000 Mark hergestellt, sei bei einem künstlerischen Wettbewerb aufgetreten und habe sich zwei Preise geholt. Verspinnt sich bei Unterhaltungen immer mehr in ihre krausen Ideen. Entwich einmal, wurde aber bald von der Polizei zurückgebracht. Hat Neigung, andere Kranke an sich zu ziehen und gegen die Anstalt aufzuhetzen. Macht in der raffiniertesten Weise der Pflege Schwierigkeiten, versucht, Besuchern und zur Entlassung kommenden Kranken Briefe zuzustecken, darunter einen Brief an den Reichskanzler, in dem sie ihre Mitarbeit an der großen deutschen Kunstausstellung anbietet. Ist völlig uneinsichtig, erinnert in ihrer Kritiklosigkeit an einen paralytischen Größenwahn.

Diagnose: man. depr. Irresein. — Körperbautyp: asthenisch. — Rasse: nordisch.

□ 73. O. H., geb. 27. 3. 1896, bei der Aufnahme 40 Jahre alt. Unehelich. Nach Tod der Mutter von Großeltern erzogen. In der Volksschule öfter sitzen geblieben. Aus Angst vor Strafe Schule häufig geschwänzt und sich verborgen gehalten. Sollte Stricker werden, nach $1^1/_4$jähriger Lehrzeit fortgelaufen, streifte stellenlos umher, von 1912—1914 in Fürsorgeerziehung. 1915 freiwillig zum Militär, desertierte, 6 Monate Festung. Freiwillig zur Front zurück, 1917 in Gefangenschaft, 1919—1934 auf Wanderschaft, zeitweise als Knecht tätig. 34jährig erstmals wegen Diebstahls zu 4 Wochen, später wegen Unterschlagung zu 6 Monaten Gefängnis verurteilt. Wegen gemeingefährlicher Erregungszustände 1934 in eine Heilanstalt. 1936 Anklage wegen widernatürlicher Unzucht. Es wurde ihm ärztl. der § 51 Abs. 1 zugesprochen, einstweilige Unterbringung in einer Heilanstalt gemäß § 126a angeordnet. Am 2. 9. 1936 zugeführt, fügt sich gut ein, ruhig, äußerlich geordnet, fleißig, willig, brauchbarer Arbeiter. Seit einiger Zeit in der Außenkolonne beschäftigt. Unfruchtbarmachung durchgeführt. Degenerationszeichen: angewachsene Ohrläppchen, zusammengewachsene Brauen, steiler Gaumen, Tatauierung.

Diagnose: angeb. Schwachsinn und Psychopathie. — Körperbautyp: athletisch. — Rasse: westisch.

Digitized by Google

☐ 74. H. K., geb. 11. 3. 1887, bei der Aufnahme 49 Jahre alt. Als Sohn eines Lederfabrikanten geboren, seine Schwestern sind mit hohen Offizieren verheiratet. Blieb von Jugend auf in der Entwicklung zurück. Im Kadettenkorps gelangte er bis Quarta, blieb in Sexta und Quinta sitzen, wegen Ohrenleidens und Kurzsichtigkeit entlassen. Besuchte weiter ein Pädagogium bis Obertertia. 1913 geheiratet, 6 Kinder. Im Kriege Unterschenkelschuß, Kriegsrente. Erlernte dann Landwirtschaft, hatte einen Besitz von 14 Morgen in Posen, der 1921 enteignet wurde. Für die Entschädigung kaufte er ein Bauerngut von 24 Morgen. Verstand nicht zu wirtschaften, mußte immer wieder von seinen Angehörigen unterstützt werden. Verlor das Gut durch nicht rechtzeitige Ablösung einer Hypothek. Zog mit seiner Familie zu einem Bekannten, mit dem seine Frau ein Verhältnis anfing und den diese auch nach erfolgter Ehescheidung heiratete. K. war wegen seiner immer mehr zu Tage tretenden Urteilsschwäche zu einer geregelten Tätigkeit nicht mehr fähig, gab sich religiösem Sektierertum hin (Adventist) und beschäftigte sich mit Bibelauslegen. 1933 wegen homosexueller Betätigung verhaftet und auf Grund des § 126a St.P.O. am 2. 9. 1936 hier eingewiesen. Im amtsärztlichen Gutachten wurden ihm die Voraussetzungen des § 51 Abs. 1 zuerkannt. Hier still, kindisch, unkritisch, uneinsichtig für seine Situation.

Diagnose: Imbezillität. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: nordisch.

☐ 75. B. F., geb. 12. 9. 1913, bei der Aufnahme 23 Jahre alt. Als Kind Lungenentzündung, Grippe, Scharlach, Beinbruch usw., deswegen vom Schulbesuch 1 Jahr zurückgestellt. In der Volksschule noch 3mal sitzen geblieben. Nach Schulentlassung 2 Jahre Lehrling in einer Weberei, nach einjähriger Arbeitslosigkeit Notstandsarbeiter, 1 Jahr im Reichsarbeitsdienst. Nach Entlassung arbeitslos. Mit 18 Jahren vom Jugendgericht in einer Strafsache freigesprochen, jedoch unter Schutzaufsicht gestellt. Als 19jähriger unter Strafverfolgung wegen Sittlichkeitsverbrechens, Vergehens gegen § 176, 3, mit Rücksicht auf seine geistige Minderwertigkeit nur 6 Monate Gefängnis, durch Amnestie erlassen. 1934 wegen gleichen Sittlichkeitsdelikts zu 4 Monaten Gefängnis verurteilt. Letztes Delikt 1935 wieder Sittlichkeitsverbrechen in 5 Fällen. Gemäß § 51 Abs. II 1 Jahr Gefängnis und Unterbringung in eine H. A. auf Grund des § 42b. Zugeführt am 2. 9. 1936. Hier ruhig, geordnet, beteiligt sich an Unterhaltungsspielen, hilft bei allen vorkommenden Arbeiten. Konnte wegen seines ruhigen Verhaltens aus dem Bewahrhaus auf eine ruhige Abteilung verlegt werden. Durch Beschluß des Erbgesundheitsgerichts 1935 unfruchtbar gemacht. Degenerationszeichen: zusammengewachsene Brauen.

Diagnose: angeb. Schwachsinn. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: nordisch-fälisch.

☐ 76. H. D., geb. am 19. 6. 1899, bei der Aufnahme 37 Jahre alt. Vater war Hauptmann, Sonderling, später geisteskrank. Mutter gesund. D. wechselte ohne Erfolg verschiedene Schulen, darunter eine Schule für Schwachbegabte, ein Landerziehungsheim und Pädagogium. Erreichte schließlich mit 17 Jahren die Untertertia. Versuch, ihn zum Landwirt auszubilden, mißlang. 1918 zum Heeresdienst, wegen seines Geisteszustandes ohne Ausbildung entlassen. Im selben Jahre wegen Erregungszuständen in eine Heilanstalt eingewiesen. Aus der Heilanstalt mehrmals entwichen. 1919 wegen »Geistesschwäche« entmündigt. 1936 wurde ihm die Begehung widernatürlicher Unzucht zur Last gelegt. Einstweilige Unterbringung in eine geschlossene Anstalt gemäß § 126a St.P.O.

Digitized by Google

Zugeführt am 9. 9. 1936. Hier willig, beschäftigt sich fleißig mit Haus- und Feldarbeit. Fügt sich in alles und ist mit allem zufrieden.

Diagnose: angeb. Schwachsinn (Imbezillität). — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: ostbaltisch.

☐ 77. J. H., geb. 11. 10. 1885, unehelich, bei der Aufnahme 51 Jahre alt. Als Kind lieblose Behandlung erduldet. Nach Schulentlassung landwirtschaftlicher Arbeiter, Kutscher, zuletzt Hauer. 1910 Tripper. 1914 bis Kriegsende im Felde. Fühlte sich von seiner Schulzeit an beeinträchtigt, hätte überall türmen müssen, weil man hinter ihm her gewesen wäre aus Rache. Wo immer er sich in der Weltgeschichte herumgetrieben, überall hätte man ihm auf der Straße Beschimpfungen nachgerufen. 1921 Heirat, Ehe wäre gut, aber die Lumpen seien auch hinter seiner Frau her und wollten sie beide nicht zusammen lassen. Fuhr 1931 nach Schlesien, um mit seinen vermeintlichen Gegnern aufzuräumen. Januar 1935 schlug er einen Wohnungsnachbar, welcher auf sein Schimpfen hin aus der Wohnung trat, mit einem Gummiknüppel, daß dieser betäubt umfiel. In der Gerichtsverhandlung gab H. zu, daß er ständig eine Holzaxt im Hause habe, um sich zu wehren und seine Angreifer unschädlich machen zu können. Auf Grund des § 51 Abs. 1 Freispruch und Unterbringung nach § 42b. Zugeführt am 6. 9. 1936. Verhalten hier zeitweilig aufgeregt, gereizt, uneinsichtig. Ergeht sich in Drohungen gegen Pfleger, drängt stürmisch auf Entlassung. Arbeitet auf der Station. Frau machte bei Besuch ebenfalls paranoiden Eindruck und unterstützte seine Beeinträchtigungsideen. Degenerationszeichen: angewachsene Ohrläppchen.

Diagnose: Schizophrenie. — Körperbautyp: pyknisch. — Rasse: nordisch.

☐ 78. G. G., geb. 8. 9. 1895, bei der Aufnahme 41 Jahre alt. Vater starker Trinker, beging Selbstmord, warf sich unter fahrenden Zug. Mutter ebenfalls Trinkerin, vernachlässigte die Erziehung der Kinder erheblich. G. kam früh wegen der schlechten häuslichen Verhältnisse in ein Kinderheim. Als Kind Halsdrüsentuberkulose. Nach 4jährigem Besuch der Volksschule zur Hilfsschule, anschließend in ein Blindenheim, wo er bis zum 21. Lebensjahr blieb und Stuhlflechten, Seilerei u. a. lernte. Nach Entlassung ging er ein Jahr mit Bürstenwaren hausieren, dann 4 Jahre Werftarbeiter. In der Folgezeit als Tippelbruder dauernd auf der Landstraße. Tripperinfektion. 1935 in einer Kolonie der Anstalt Bethel. Ist 6mal wegen Bettelns vorbestraft. Beging 1935 bis 1936 mit mehreren Mitbewohnern obiger Kolonie widernatürliche Unzucht. Einstweilige Unterbringung in eine H. A. auf Grund des § 126 St.P.O. angeordnet. Zugeführt am 9. 9. 1936. Zeigt hier kindliches und schwachsinniges Verhalten, fügt sich im allgemeinen ein, in sexueller Hinsicht bisher keine Auffälligkeiten. Wird mit Haus- und Flechtarbeiten beschäftigt.

Diagnose: angeborener Schwachsinn. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: ostisch.

☐ 79. E. K., geb. 1. 1. 1915, bei der Aufnahme 21 Jahre alt. Großvater väterlicherseits Trinker, Großvater mütterlicherseits epileptisch, Großmutter mütterlicherseits geistig beschränkt. Beide Eltern ebenfalls geistig beschränkt. Trostlose Familienverhältnisse. Vater willenloser, haltloser Mensch, zeitweise dem Trunke ergeben, mit Haft und Gefängnis wegen Diebstahls, Bettelns und Sittlichkeitsverbrechens vorbestraft. Mutter läßt den Haushalt vollständig verkommen. Sämtliche 5 Kinder der Familie K. sind minder-

Digitized by Google

wertig, alle haben Hilfsschule besucht und kamen in Fürsorgeerziehung. K. selbst ohne Lerneifer, aber mit Neigung zu schlechten Streichen, kleinen Diebereien, hartnäckigen Lügen und Ungehorsam. Mit 10 Jahren in Fürsorgeerziehung. Entwich verschiedentlich, nahm gelegentlich seiner Entweichung mal ein Fahrrad mit. 1933 endgültig aus der Fürsorgeerziehung entlassen. 1934 Hilfsarbeiter auf einem Werk. Blieb trotz mehrfacher Ermahnung der Arbeitsstelle ohne Grund fern, belog den Meister, wurde entlassen. Beschäftigte sich dann bei einem Karusselbesitzer, zog mit diesem auf Jahrmärkten herum. 1936 zum Arbeitsdienst eingezogen. Nach einigen Tagen entwich er von dort. Verhaftet und zurückgebracht. Kurze Zeit darauf erneute Entweichung, dem Arbeitsdienst wiederum zugeführt. Gelegentlich der Entweichung hatte er 4 Fahrraddiebstähle verübt. Aus dem Arbeitsdienst entlassen und in Untersuchungshaft genommen. Juli 1936 wurde K. in der hiesigen Anstalt vorläufig untergebracht gemäß § 126a. Dezember 1936 wurde er von der gegen ihn erhobenen Anklage auf Grund des § 51 Abs. 1 freigesprochen und endgültige Unterbringung gemäß § 42b angeordnet. Fügt sich hier ohne Schwierigkeiten in den Rahmen der Anstaltsordnung ein. Knüpft auffallend leicht Beziehungen zu anderen Patienten an, beteiligt sich sofort an allen Unterhaltungen. Wird in der Kolonne beschäftigt. Ist manchmal kindisch-einfältig. Äußerte nach der Gerichtsverhandlung »Gott sei Dank, daß ich meine Sicherheit gekriegt habe«. Unfruchtbarmachung durchgeführt.

Diagnose: angeb. Schwachsinn (Imbezillität) + psychopathische Trieb- und Willensstörungen. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: nordisch.

☐ 80. H. S., geb. 5. 4. 1912, bei der Aufnahme 24 Jahre alt. Vater schwerer Trinker, Mutter schwachsinnig, 2 Stiefgeschwister, die vom Bruder des Vaters stammen, besuchten Hilfsschule. H. selbst besuchte ebenfalls Hilfsschule. Bis zum 12. Lebensjahr Bettnässer. Mit 8 Jahren in Fürsorgeerziehung. Hat in verschiedenen Fürsorgeanstalten durch Trieb zum Entweichen große Schwierigkeiten bereitet. Entlief 2 mal mit einer eiternden Blinddarmoperationsnarbe aus der Anstalt. Von 1924 bis 1933 in verschiedenen Heilanstalten. 1934 wegen Sittlichkeitsverbrechen mit 6 Monaten Gefängnis vorbestraft, (hatte ein 9jähriges Mädchen an das Geschlechtsteil gefaßt). 1935 erneut unter Anklage wegen unzüchtiger Handlungen. Gemäß § 51 Abs. 1 Freispruch, Unterbringung in eine H. A. auf Grund des § 42b. Zuführung am 14. 9. 1936. Fügte sich hier schnell ein, macht einen läppisch-naiven Eindruck. Fleißiger Arbeiter in der Weberei. Unfruchtbarmachung durchgeführt.

Diagnose: angeb. Schwachsinn. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: nordisch.

☐ 81. A. St., geb. 7. 3. 1897, bei der Aufnahme 39 Jahre alt. Mangelnde Schulerfolge. Nach Schulentlassung Hütejunge, dann Handlanger. Bei Kriegsausbruch als Freiwilliger ins Feld. 1917 Bauchdeckensteckschuß. Erhielt im gleichen Jahre beim Ersatzbataillon 5 Tage Mittelarrest wegen Gehorsamsverweigerung und 5 Tage Gefängnis wegen Körperverletzung eines Gefreiten. 1919 Tripper. Gibt an, von seinem 17. Lebensjahre an viel Alkohol getrunken zu haben. Seit 1929 ununterbrochen erwerbslos. Faßte zu einem Bordellmädchen besondere Zuneigung. 1927 Gefängnisstrafe von 9 Monaten, weil er einen Gastwirt, der ihn wegen seines Gebahrens auf die Straße führte, mit einem Messer in die linke Nierengegend stach. 1931 Verhältnis mit einer Hausangestellten. Bald darauf begann er das Mädchen mit seinen Eifersüchteleien

Digitized by Google

zu quälen. Sah in jedem Mann, der das Haus betrat, einen Liebhaber seiner »Braut«. Obwohl das Mädchen nichts mehr von ihm wissen wollte, stellte er ihm immer wieder nach. Es wurde ein Strafverfahren wegen Hausfriedensbruches gegen ihn eingeleitet. 1934 drang er betrunken in die Wohnung des Mädchens, bedrohte es mit Halsabschneiden. Bei der Festnahme fand man bei ihm ein eingewickeltes Brotmesser. Wurde wegen Hausfriedensbruches, Beleidigung, Bedrohung und Sachbeschädigung zu einer Geldstrafe von 50.— Mk. verurteilt. Er ließ von seinen Nachstellungen jedoch nicht ab. Auf Grund des § 51 Abs. 1 Freispruch, Unterbringung angeordnet. Zuführung am 23. 9. 1936. Macht hier keine Schwierigkeiten, arbeitsam in der Steinmacherkolonne. Verhält sich ruhig und geordnet. Seine Straftaten versucht er als harmlos hinzustellen. Im Umgang mit Kranken und Pflegern freundlich. Im Bewahrhaus.

Diagnose: alkoholischer Eifersuchtswahn. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: ostbaltisch.

○ 82. E. W., geb. 23. 12. 1899, bei der Aufnahme 37 Jahre alt. Vater Trinker und Bummler, Mutter stand in schlechtem Ruf und wegen Diebstahls unter Anklage, war Mitwisserin und Hehlerin bei den Diebstählen ihrer Kinder. Zwei Brüder kamen wegen Diebstahls in Fürsorgeerziehung, eine jüngere Schwester stand wegen Diebstahls unter Anklage. Großmutter starb 70jährig in einer Heilanstalt. W. selbst blieb in der Schule mehrere Male sitzen. Wurde schon mit 12 Jahren zu Taschendiebstählen mitgenommen, bestahl ihre Mitschülerinnen in raffiniertester Weise. Kam mit 13 Jahren in Fürsorgeerziehung. 1916 unter Anklage des Diebstahls. Ihr weiteres Leben ist gekennzeichnet durch zahlreiche Taschendiebstähle und Verurteilungen. 1919 Heirat. Ehemann wußte nichts vom Vorleben, auch nichts von ihren Diebstählen während der Ehe. Ein gesunder Sohn. 1922 einige Monate zur Beobachtung in einer H. A. Zeigte dort Sinnestäuschungen und Wahnideen im Sinne einer Haftpsychose. 1923/24 in hiesiger Anstalt. Hatte hier zeitweise heftige Erregungszustände, in denen sie halluzinierte und aggressiv gegen ihre Umgebung vorging. Nach ihrer Entlassung wiederholt unter Anklage des Diebstahls. Wurde als »gefährliche reisende Taschendiebin« bezeichnet. Ist insgesamt 19mal wegen Diebstahls vorbestraft. Jetziges Delikt: Rückfalldiebstahl. Gemäß § 51 Abs. II zu 2 Jahren Gefängnis verurteilt. Die Unterbringung in eine Heilanstalt auf Grund des § 42b war schon von zwei anderen Gerichten in früheren Verhandlungen ausgesprochen. Zugeführt am 30. 9. 1936. Verhält sich hier völlig geordnet, bietet nichts Psychotisches, beschäftigt sich fleißig mit allen vorkommenden Arbeiten. Da sie keine tiefergehende Geistesstörung zeigt, wurde dem Gericht diesseits anheim gestellt, die Entlassung aus der Unterbringung und dafür die Sicherungsverwahrung nach § 42e zu erwägen.

Diagnose: Psychopathie. — Körperbautyp: pyknisch. — Rasse: ostisch.

□ 83. A. V., geb. 20. 9. 1903, bei der Aufnahme 33 Jahre alt. Besuchte die Oberrealschule, blieb in Sexta und Quinta sitzen. In die Schlosserlehre, Gesellenprüfung bestanden. Bis 1923 als Schlosser auf der Eisenbahn beschäftigt, dann arbeitslos, vorübergehend auf einer Maschinenfabrik beschäftigt, wegen Arbeitsmangel entlassen. Besuchte später Technikum, das er nach 4 Semestern mit der Abschlußprüfung als Ingenieur verließ. Wieder erwerbslos, wohnte bei seinen Eltern. Fühlte sich seit November 1936 »bestrahlt«. Fürchtete, daß er aus dem Elternhause entfernt werden sollte. Hat unter dem

Digitized by Google

Einfluß seiner Beeinträchtigungsvorstellungen die Tochter einer Familie, die im gleichen Hause wohnte, plötzlich auf offener Straße mit einer Packnadel in die Brust gestochen. Gemäß § 51 Abs. 1 Freispruch, Unterbringung auf Grund des § 42b. Zugeführt am 3. 10. 1936. Hier zurückhaltend, spricht spontan kaum, ziemlich einsichtig, behauptet, daß er damals krank gewesen sei. Fleißig in der Steinmacherkolonne, umgänglich, höflich, bescheiden, äußert keine besonderen Wünsche, äußerlich geordnet. Unfruchtbarmachung beschlossen. Im Bewahrhaus.

Diagnose: Schizophrenie. — Körperbautyp: athletisch. — Rasse: fälisch.

☐ 84. J. H., geb. 3. 2. 1866, bei der Aufnahme 70 Jahre alt. Jugendliche Entwicklung ohne Besonderheiten. Von 1887 bis 1892 aktiv gedient. 1917 beim Arbeiten unter Tage Wirbelverletzung, später wieder gearbeitet. Eine Tochter starb an den Folgen eines Autounfalls. Er erging sich nun in Schadenersatzkämpfen anläßlich dieses Unfalltodes. Da die gerichtlichen Entscheidungen nicht in seinem Sinne ausfielen, beschimpfte und beleidigte er Rechtsanwälte, Richter und alle Personen, die irgendwie mit seinen Prozessen zu tun hatten, bezieh sie des Meineides, machte auch vor den Parteiinstanzen nicht halt. Gemäß § 51 Abs. 1 von der Anklage der Beleidigung freigesprochen, Unterbringung in eine Anstalt auf Grund des § 42b angeordnet. Zugeführt am 28. 10. 1936. Verhält sich hier ruhig und leidlich korrekt, zeigt ein zurückhaltendes Wesen. Behauptet aber nach wie vor, sein Rechtsanwalt habe ihn betrogen und sein Geld unterschlagen.

Diagnose: seniler Beeinträchtigungswahn. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: fälisch.

☐ 85. H. P., geb. 20. 4. 1897, bei der Aufnahme 39 Jahre alt. Großmutter väterlicherseits Epileptica. Er selbst bis zum 14. Lebensjahr Bettnässer. Blieb in der Volksschule 2mal sitzen. Keine Berufsausbildung. Nach Schulentlassung zur Glasfabrik, ein Jahr auf einem Heringsdampfer zur See gefahren, mit 20 Jahren Zechenarbeiter. 1917 zum Heeresdienst eingezogen, wegen Epilepsie entlassen, anschließend ein Jahr in einer H. A. 1920 geheiratet, 3 lebende Kinder, von denen eins rachitisch ist, mehrere Fehlgeburten der Frau. 1924 abermals in Anstalten. Später wieder auf der Zeche gearbeitet. Gelegentlich Selbstmordgedanken. 1927 wegen genuiner Epilepsie invalidisiert. 1923 erstmalig straffällig, hatte im Verlauf einer Auseinandersetzung seinen Hauswirt mit einem Messer gestochen. Zu 6 Monaten Gefängnis verurteilt, erhielt aber Bewährung. 1926 wegen Diebstahls eine Woche Gefängnis. Letztes Delikt: gefährliche Körperverletzung mit Todeserfolg. Hatte seinem Mietsnachbar nach voraufgegangenem Wortwechsel mehrere wuchtige Schläge mit einer Wagendeichsel auf den Kopf gegeben, an deren Folgen dieser verstarb. Gemäß § 51 Abs. II Gefängnisstrafe von 2 Jahren und Unterbringung in einer H. A. Zugeführt am 17. 11. 1936. Hier ruhig und durchaus geordnet, beteiligt sich an allen vorkommenden Arbeiten, äußert weder Wünsche noch Beschwerden. Es wurden hier weder Krampfanfälle noch schwieriges Verhalten beobachtet.

Diagnose: erbliche Fallsucht. — Körperbautyp: athletisch. — Rasse: fälisch.

☐ 86. J. M., geb. 1. 5. 1917, bei der Aufnahme 19 Jahre alt. Ein Bruder des Vaters seit 1910 wegen Schizophrenie in einer H. A. Vater und ein anderer Bruder des M. machen beschränkten Eindruck. M. selbst in der Schule ein-

Digitized by Google

mal sitzen geblieben. Nach Schulentlassung beim Vater in der Landwirtschaft tätig. Später bei einem anderen Bauern als Landwirtschaftsgehülfe, dort nach 2 Jahren wegen homosexueller Verfehlungen entlassen. Neigte schon früh zu homosexuellen Dingen, fühlte sich zu Männern und Knaben hingezogen, Kam unter Strafverfolgung wegen Vergehens gegen §§ 175, 176, 3 St.G.B. Gemäß § 51 Abs. 1 Freispruch. Unterbringung in einer H. A. Zuführung am 17. 11. 1936. Hier ruhig, zufrieden, kindlich, leicht zu lenken, überblickt seine Situation nicht. Beschäftigt sich willig bei der Kolonne. Degenerationszeichen: angewachsene Ohrläppchen, steiler Gaumen.

Diagnose: angeborener Schwachsinn. — Körperbautyp: leptosom (feminin). — Rasse: nordisch.

☐ 87. P. R., geb. 29. 6. 1898, bei der Aufnahme 38 Jahre alt. In der Volksschule 3mal sitzen geblieben. Nach Schulentlassung in die Gärtnerlehre, nur 2 Jahre ausgehalten, dann Laufbursche, Hafenarbeiter, Gelegenheitsarbeiter, schließlich auf Wanderschaft. Ist 12mal wegen Bettelns, Unterschlagung, Diebstahls und Widerstandes zu insgesamt 1 Jahr, 3 Monaten und 3 Wochen Gefängnis, außerdem je 1mal wegen Sittlichkeitsverbrechens, Erregung öffentlichen Ärgernisses und Vergehens nach § 176, 3 mit insgesamt 2 Jahren und 9 Monaten Gefängnis vorbestraft. Letztes Delikt 1936: unzüchtige Handlungen. (Vergehen nach § 176, 3). Gemäß § 51 Abs. II 1 Jahr Gefängnis, außerdem Unterbringung in einer H. A. auf Grund des § 42b. Zugeführt am 18. 11. 1936. Hier ruhig und geordnet, fügsam, williger Hausarbeiter. Degenerationszeichen: angewachsene Ohrläppchen.

Diagnose: angeb. Schwachsinn. — Körperbautyp: leptosom-athletisch. — Rasse: nordisch.

☐ 88. W. G., geb. 13. 4. 1903, bei der Aufnahme 33 Jahre alt. Lernte erst mit 4 Jahren Laufen und erst nach seiner Aufnahme in einer Schwachsinnigenanstalt die ersten Lautbildungen im 6. Lebensjahr. Nach 6jährigem Aufenthalt keine befriedigende Ausbildung. Kam in eine Anstalt, um einen Beruf zu erlernen, Berufserlernung scheiterte völlig. Blieb in der Anstalt bis 1927, zuletzt in offener Familienpflege. Lief nach seiner Entlassung aus der Anstalt immer von zu Hause fort und fand sich nicht zurück. Deswegen in die Anstalt zurückgegeben. Lief auch dort öfter fort, irrte umher. Später in einem städtischen Altersheim und in einem Ledigenhaus untergebracht, wo er sich auch 1936 z. Zt. seiner Straftat befand, die in Vergehen nach §§ 176, 3 und 183 St.G.B. bestand. Gemäß § 51 Abs. 1 Freispruch und Unterbringung in eine H. A. nach § 42b, zugeführt am 26. 11. 1936. Hier leicht lenkbar, fügt sich ein, gleichgültig. Wird mit Rohrflechten beschäftigt. Sprache unverständlich. Degenerationszeichen: angewachsene Ohrläppchen.

Diagnose: angeb. Schwachsinn. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: ostisch.

☐ 89. W. S., geb. 24. 1. 1914, bei der Aufnahme 22 Jahre alt. Hilfsschüler. Nach Schulentlassung immer bei der Mutter, half ihr bei der Hausarbeit, war nicht fähig, erwerbsmäßige Arbeit zu leisten. Bereits als 16jähriger schwebte ein Verfahren gegen ihn, weil er mit kleinen Mädchen unzüchtige Handlungen vorgenommen hatte, dieses Verfahren wurde wegen seiner mangelhaften geistigen Entwicklung eingestellt. Ein weiteres Verfahren, das als 19jähriger gegen ihn schwebte, wurde gemäß damaligem § 51 eingestellt: hatte Mädchen und Frauen auf offenen Wegen sein entblößtes Geschlechtsteil ge-

Digitized by Google

zeigt. In den Jahren 1933/35 befand er sich in einer Heilanstalt. Jetziges Delikt 1936: Erregung öffentlichen Ärgernisses, (Vergehen nach § 183 St.G.B.). Gemäß § 51 Abs. II zu 4 Monaten Gefängnis verurteilt, außerdem Unterbringung angeordnet. Zugeführt am 28. 11. 1936. Zeigt hier zeitweise gedrückte Stimmung, dann wieder ein läppisches, albernes Benehmen und allgemein schwachsinniges Verhalten. Verrichtet häusliche Arbeiten. 1934 wegen »Geisteskrankheit« entmündigt. Unfruchtbarmachung durchgeführt.

Diagnose: angeborener Schwachsinn. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: nordisch.

□ 90. W. H., geb. am 6. 4. 1897, bei der Aufnahme 39 Jahre alt. Beruf Elektromonteur. Über Entwicklung nichts bekannt. Im Kriege Blasenschuß, 1926 Magenoperation. Von 1923 bis 1931 5 Vorstrafen wegen kleinerer Eigentumsdelikte bis zu 4 Wochen Gefängnis und 50.— Mk. Geldstrafe. Von 1933 bis 1934 Anstaltsbehandlung. Malariakur ohne besonderen Erfolg. Bezüglich seiner letzten Straftat hatte er sich ein Fahrrad angeeignet, behauptete, nicht die Absicht gehabt zu haben, das Rad zu behalten. Ferner hatte er einen Bekannten veranlaßt, ihm eine Armbanduhr zur Reparatur zu übergeben, ließ sich hierauf einen Vorschuß zahlen, woraufhin er die Uhr angeblich verlor. Nach Aussage seiner inzwischen verstorbenen Ehefrau hat er sie wiederholt geschlagen und zur Wohnung hinausgeworfen. Einmal hätte er diese mit dem geöffneten Rasiermesser bedroht. Er habe sie oft gezwungen, widernatürlichen Geschlechtsverkehr mit ihm auszuführen. Bei seiner erneuten Anstaltseinweisung im September 1935 bestritt er die ihm zur Last gelegten Taten. Erklärte, er könnte nicht verstehen, wie seine Frau hätte behaupten können, er habe sie sexuell belästigt, sie sei so schmutzig, daß er sich vor ihr ekele. Sie beschmutze nicht nur die eigene, sondern auch fremde Wohnungen mit Kot und sage hinterher, er wäre es gewesen. Die Leute hätten s. Zt. auch gesagt, sie könnten nicht verstehen, wie er dazu käme, eine so »magere Ziege« zu heiraten. Er habe s. Zt. Durchfall gehabt, weil seine Frau ihm Kleesalz gegeben hätte. Das gegen ihn eingeleitete Strafverfahren richtete sich gegen die Entwendung des Fahrrades und Mißhandlung der Ehefrau. Auf Grund des § 51 Abs. 1 Freispruch und gemäß § 42b Unterbringung in eine Heil- oder Pflegeanstalt. Zugeführt am 1. Dezember 1936. Macht hier keine besonderen Schwierigkeiten. Ohne Antrieb zur Beschäftigung, behauptet nach wie vor, daß seine Frau ihn habe vergiften wollen. Zeitweise gespannt, unansprechbar, dann wieder weitschweifig, kritiklos.

Diagnose: Paralyse. — Körperbautyp: pyknisch. — Rasse: nordisch.

○ 91. P. B., geb. 5. 4. 1905, bei der Aufnahme 31 Jahre alt. Durchlief glatt die Volksschule. Im 10. Lebensjahr wurden erstmälig epileptische Krampfanfälle beobachtet. Nach der Schulentlassung in Stellung, sehr fleißig und sauber. 1926 wegen Abtreibung mit 2 Monaten Gefängnis bestraft. 1926 geheiratet. 5 Kinder, 1 voreheliches von ihrem Mann. Unterhielt in der Folgezeit mit einem Freund ihres Mannes regelmäßig Geschlechtsverkehr. Vom Mann dabei überrascht. Die bis dahin äußerlich glückliche Ehe zerbrach, der Mann jähzornig, verprügelte sie, behauptete, das letzte Kind sei nicht von ihm. Im letzten halben Jahr vor ihrer Straftat zeigte sie sich verändert, kümmerte sich nur noch wenig um ihren Haushalt, wurde unsauber, lief einmal 3 Tage von ihrem Manne fort. Bekam öfter Krämpfe. Versuchte in einem Dämmerzustand, sich und ihre 3 Kinder in einem Teich zu ertränken. Sie und 2 Kinder

Digitized by Google

wurden gerettet, 1 Kind ertrank. Lief nach der Tat verstört umher. Überführt in eine H. A. Desorientiert, verbrachte die ersten 5 Wochen in vollständiger Apathie und Bewußtseinstrübung, konnte sich nach allmählicher Besserung nicht auf ihre Tat besinnen. Von der Anklage des Mordes freigesprochen und auf Grund des § 42b untergebracht. Zugeführt am 1. 12. 1936. Zeigt sich hier orientiert, willig, fleißig, ruhig, beschäftigt sich mit Nähen und Hausarbeiten.

Diagnose: erbliche Fallsucht. — Körperbautyp: muskulär. — Rasse: nordisch.

☐ 92. E. P., geb. 26. 6. 1899, bei der Aufnahme 37 Jahre alt. Polnischer Staatsangehöriger. In der Volksschule einmal sitzen geblieben. Nach Schulzeit Laufbursche. Mit 17 Jahren Schlosserlehre. Nach 2—3jähriger Lehrzeit zum Heeresdienst. 1918 leicht verschüttet. 1919 Lues, wurde spezifisch behandelt. Von 1921 bis 1930 bereits mit Gefängnis und Zuchthaus wegen Eigentumsdelikten 5mal vorbestraft. 1931 wegen Geistestörung der Irrenabteilung der Strafanstalt zugeführt. Hier wurde bei P. eine progressive Paralyse festgestellt. Überweisung in Heilanstalt. Malariakur. Nach Entlassung erneut straffällig, wiederum Anstaltseinweisung. 1936 Entweichung. Führte wieder mehrere Einbruchsdiebstähle aus. Gemäß § 51 Abs. 1 Freispruch und Unterbringung. Zugeführt am 2. Dezember 1936. Beschönigte seine Taten, kritiklos seiner eigenen Lage und Krankheit gegenüber. Beschäftigte sich etwas mit Hausarbeit. Drängte dauernd auf Ausweisung. Im April 1937 lt. Ausweisungsbefehl in eine polnische Anstalt übergeführt.

Diagnose: progressive Paralyse. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: ostbaltisch.

☐ 93. F. B., geb. am 6. 10. 1897, bei der Aufnahme 39 Jahre alt. Berginvalide. Eltern verstanden sich nicht. Schlechte Schulerfolge. Nach Schulentlassung landwirtschaftlicher Arbeiter, hin und wieder Handlanger, längere Zeit auf Zeche Schlepper. 1918 eingezogen, nicht mehr ins Feld gekommen. Zur Reichswehr. 1929 vorübergehend im Arbeitshaus. Benahm sich in der Folgezeit bei seinen Wirtsleuten auffällig. Schloß seine Speisen aus Angst vor Vergiftung ein, befürchtete, die Polizei wolle ihn verhaften. Hat seit 1935 an eine ihm persönlich nicht bekannte Dame, sowie an die verschiedensten Behörden und Parteistellen Briefe unsinnigen Inhaltes geschrieben. Diese enthielten immer wieder Verächtlichmachungen und Beschimpfungen der staatlichen Zustände in Deutschland: die Regierung und Bewegung bestünden zu 80% aus Idioten, und er habe ihnen auf den Thron geholfen und er helfe ihnen auch wieder herunter. 1936 äußerte er auf einem Marktplatz vor einer Menschenmenge von ca. 50 Personen ebenfalls Schmähungen über die Regierung. Kam wegen Vergehens gegen das Gesetz zur Abwehr heimtückischer Angriffe auf Staat und Partei unter Anklage. Gemäß § 51 Abs. 1 Freispruch und Unterbringung. Zugeführt am 11. Dezember 1936. Hier autistisch und uninteressiert, gleichgültig der Umgebung gegenüber. Kennt die Namen der Pfleger und Mitkranken nicht. Kein Trieb zur Beschäftigung.

Diagnose: Schizophrenie. — Körperbautyp: pyknisch. — Rasse: ostisch.

☐ 94. W. J., geb. 28. 7. 1906, bei der Aufnahme 30 Jahre alt. Traurige Familienverhältnisse. Vater Trinker und arbeitsscheu, mißhandelte die Ehe-

Digitized by Google

frau, kümmerte sich nicht um die Familie, blieb oft Wochen und Monate fern. J. ist in der Volksschule 4mal sitzen geblieben. Nach Schulentlassung Schlosserhandwerk. Zeitweise erwerbslos, auf Wanderschaft. Ergab sich dem Trunke, wurde brutal, sodaß seine Mutter vor ihm flüchten mußte. 5mal vorbestraft, 1mal wegen Diebstahls und 4mal wegen Erregung öffentlichen Ärgernisses. Letzte Straftat 1936: erneutes Sittlichkeitsverbrechen bereits 4 Wochen nach Verbüßung einer 2jährigen Zuchthausstrafe. Er wohnte bei seinem verheirateten Bruder, Vater von 3 Kindern. Das jüngste 5jährige Mädchen setzte sich nun eines Tages auf seinen Schoß, wobei J. dem Kinde an das Geschlechtsteil faßte. Wenige Tage darauf forderte J. das Kind auf, seine Notdurft aus dem Fenster heraus zu verrichten. Außerdem hatte er seiner Schwägerin am Tage nach seiner Rückkehr aus der Strafanstalt den Geschlechtsverkehr angeboten. Gemäß § 51 Abs. 1 Freispruch und Unterbringung in eine Heil- und Pflegeanstalt. Zuführung am 18. 12. 1936. Macht hier einen stumpfen Eindruck, wird mit Rohraussuchen beschäftigt, muß öfter zur Ordnung ermahnt werden, neigt zu tätlichen Angriffen gegen die anderen Kranken; wenn er ermahnt wird, zeigt er ein freches Benehmen.

Diagnose: Pfropfhebephrenie. — Körperbautyp: leptosom. — Rasse: nordisch.

☐ 95. A. C., geb. am 27. 6. 1908, bei der Aufnahme 28 Jahre alt. Beruf Kutscher. Vater Trinker, neigte in der Trunkenheit zu Gewalttätigkeiten. Mutter willensschwache, kränkliche Frau. Ungünstiges soziales Milieu. In der Bürgerschule zweimal sitzen geblieben. Nach Schulentlassung als Arbeitsbursche zu einem Tischlermeister, wurde entlassen, weil er frech war und sich mit den anderen Lehrlingen nicht vertrug. Auch aus mehreren anderen Stellen wurde er aus denselben oder ähnlichen Gründen entlassen. Mutter verlangte 1925 die Bestellung eines Beistandes, weil sie mit der Erziehung des Sohnes nicht mehr fertig wurde. Nach ernstlicher Verwarnung durch das Jugendamt trat eine vorübergehende Besserung ein. 1925 arbeitslos. Zugewiesene Stellen vom Arbeitsamt nahm er nicht an, sondern lag seiner Mutter auf der Tasche, welche sich nur mit Mühe ihren Lebensunterhalt selbst verdiente. Er verlangte noch Geld für Kino und Kneipe und gebrauchte der Mutter gegenüber die ungehörigsten Schimpfwörter. Im betrunkenen Zustande kam es schon damals zu Ausschreitungen. 1928 Fürsorgeerziehung. 1929 verrichtete er Notstandsarbeiten. In den Jahren 1930 bis 1935 elf Vorstrafen von 30.— Mk. Geldstrafe an bis zu einer Freiheitsstrafe von 6 Monaten Gefängnis, meist wegen Widerstandes in der Trunkenheit, Sachbeschädigung, Hausfriedensbruch, einmal wegen Sittlichkeitsverbrechens an minderjährigen Knaben und einmal wegen Diebstahls. Während seines Aufenthaltes im Gefängnis wurde seine Unfruchtbarmachung 1935 durchgeführt. 1936 erneut straffällig, indem er in einer Gastwirtschaft einen ungebührlichen Lärm verübte und, nachdem er an die Luft gesetzt worden war, 2 Fensterscheiben mutwillig zerschlug. Draußen hatte er einen Wortwechsel mit einem Bekannten, weil dieser ihn wegen seiner unflätigen Bemerkungen über das Reichsheer zur Rede gestellt und ihm Festnahme angedroht hatte. Als der Polizeibeamte geholt wurde, sprang C. im gleichen Augenblick weg und schlug die Fensterscheibe eines Kolonialwarengeschäftes ein. Bei der Abführung gebärdete er sich wild. Auf der Wache beschimpfte er den Beamten als Lumpen und SPD-Mann aus. Äußerte hinterher, daß er wegen seiner derzeitigen Trunkenheit über die Vorgänge nichts sagen könnte. In dem gegen ihn eingeleiteten Strafverfahren wegen

Digitized by Google

Sachbeschädigung in zwei Fällen und in einem Falle wegen Widerstandes und Beleidigung erhielt er gemäß § 51 Absatz II eine Gefängnisstrafe von 3 Monaten, nach § 42b Unterbringung in eine Heil- und Pflegeanstalt. Zugeführt am 22. Dezember 1936. Ist auf der Abteilung ruhig, benimmt sich geordnet, fügt sich ohne Schwierigkeiten ein.

Diagnose: angeb. Schwachsinn und Psychopathie. — Körperbautyp: pyknisch. — Rasse: ostisch.

☐ 96. H. K., geb. 28. 4. 1906, bei der Aufnahme 30 Jahre alt. Eltern tot. Vater war dem Trunke ergeben. K. war seit dem 2. Lebensjahr im Waisenhause, seit dem 8. Lebensjahr in Fürsorgeerziehung. Hilfsschulunterricht. Erlernte kein Handwerk, verrichtete Gelegenheitsarbeiten. Oft arbeitslos, wurde laufend vom Wohlfahrtsamt unterstützt. 2mal vorbestraft wegen Bettelns und einmal wegen Erregung öffentlichen Ärgernisses in 4—5 Einzelfällen zu 8 Monaten Gefängnis. 1936 wurde erneut ein Strafverfahren wegen Erregung öffentlichen Ärgernisses gegen ihn eingeleitet und zwar, nachdem er kaum aus dem Gefängnis entlassen worden war. Er hatte einem 7jährigen Mädchen sein Geschlechtsteil gezeigt und daran gerieben. Schon bei seiner ersten Verurteilung wegen Erregung öffentlichen Ärgernisses hatte der zugezogene Sachverständige den K. als debil bezeichnet, der zudem an den Auswirkungen einer Radikaloperation (Mittelohr), die einen starken Grad von Taubheit verursacht habe, leide. Der krankhafte Trieb des K. zu exhibitionistischen Handlungen werde wesentlich gefördert durch die festzustellende Fehlerziehung, den angeborenen Grad leichteren Schwachsinns und die auf der Radikaloperation beruhende Taubheit. K. wurde unter Zugrundelegung des § 51 Abs. II zu einer Gefängnisstrafe von 6 Monaten verurteilt, sowie Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt gemäß § 42b angeordnet. Zugeführt am 30. 12. 1936. Fügte sich allen Anordnungen. Beschäftigt sich fleißig mit Hausarbeit und Rohrflechten und bei der Außenkolonne. Ruhig und zufrieden.

Diagnose: angeb. Schwachsinn. — Körperbautyp: athletisch. — Rasse: nordisch-fälisch.

☐ 97. Ch. S., geb. am 26. 9. 1863, bei der Aufnahme 73 Jahre alt. Bergmann gewesen. Von 9 Kindern das jüngste. Jugendliche Entwicklung o. B. Besuchte die Volksschule nur im Winter. Nach Schulentlassung Vieh gehütet bis zum 16. Lebensjahr, dann Laufbursche. 1883 aktiv gedient, 3 Jahre Infanterie. Arbeitete später an der Bahn, 1901 als Bergarbeiter nach Westfalen. 3mal verheiratet gewesen. Dritte Ehe, 1914 geschlossen, wegen Ehebruchs der Frau geschieden. Lebte seitdem allein, seine Kinder kümmerten sich wenig um ihn, meldeten sich nur, wenn sie Geld brauchten. Bezieht eine Rente von 46.— Mk. Leidet seit Jahren unter Schwindelanfällen. 1936 wurde S. von seinem Schwiegersohn wegen Sittlichkeitsverbrechens angezeigt und beschuldigt, mit seiner 11jährigen Enkelin 6mal den Geschlechtsakt ausgeführt zu haben, einen Versuch zum Geschlechtsakt habe S. auch mit der anderen 9jährigen Enkelin gemacht. Das 11jährige Mädchen verhört, erzählte, sie habe vom Großvater des öfteren Geld dafür bekommen. Es wurde festgestellt, daß das älteste, körperlich überaus gut entwickelte Mädchen von sich aus wesentlich mitbeteiligt gewesen ist, soll außer mit dem Großvater noch mit einem jungen Manne verkehrt haben. 1936 erfolgte vorläufige Unterbringung des S. in einer Heil- und Pflegeanstalt, später auf Grund des § 51 Abs. 1, die end-

Digitized by Google

gültige Unterbringung gemäß § 42b. 30. 12. 1936 der hiesigen Anstalt zugeführt. Sitzt umher, körperlich sehr hinfällig. Mürrisch, gereizt und widerstrebend. Lebt in den Tag hinein, eigenwillig. Leer und ohne Interesse für Angehörige und Umgebung. Streitet die ihm zur Last gelegten Straftaten energisch ab, er hätte wohl schon die Kinder an sich gedrückt, aber unsittlich berührt habe er sie nie.

Diagnose: Altersschwachsinn. — Körperbautyp: pyknisch. — Rasse: fälisch.

☐ 98. W. R., geb. am 20. 11. 1892, bei der Aufnahme 45 Jahre alt. Stammt aus einer gesunden Familie, normale jugendliche Entwicklung. War bis zum Kriege ein brauchbarer Bergmann. 1914 im Felde Durchschuß durch den Kopf. 1917 geheiratet, 8 Kinder. Seit 1917 infolge der alten Kopfverwundung Auftreten von Erblindung des rechten Auges, epileptische Krampfanfälle und pathologische Charakterveränderung. Nachdem er anfangs noch in der Grube, später in der Landwirtschaft und auf verschiedenen Fabriken gearbeitet hatte, konnte er ab 1925 keine erwerbende Arbeit mehr verrichten, erhielt eine 100%ige Versorgungsrente. Glaubte, durch Alkoholgenuß die jetzt öfter auftretenden Krampfanfälle beheben zu können. Es kam zu schweren Streitigkeiten in der Familie, er verging sich an seinen eigenen Kindern und wurde wegen Sittlichkeitsverbrechens, Vergehens nach § 176, 3, bestraft. Die Sorge für seine minderjährigen Kinder wurde ihm zeitweilig aberkannt. Kam 1933 in eine Nervenklinik und anschließend in hiesige Anstalt, von wo 1935 als gebessert entlassen. Zeigte sich hier damals gereizt, querulatorisch, uneinsichtig, urteils- und willensschwach, ethisch defekt. Gleich nach der Entlassung machten sich die Einwirkungen des wieder häufig genommenen Alkohols bemerkbar. Beschuldigte seine Angehörigen der schlimmsten Verfehlungen und nahm wieder unzüchtige Handlungen an seinen minderjährigen Töchtern vor. Als er zwecks Wiedereinweisung in eine H. A. durch die Polizei von zu Hause abgeholt werden sollte, brachte er seiner Frau mit einem Taschenmesser mehrere gefährliche Stiche bei. Er wurde des Mordversuchs und der Unzucht angeklagt, gemäß § 51 Abs. 1 freigesprochen und auf Grund des § 42b in einer H. A. untergebracht. Zugeführt am 5. 1. 1937. Befindet sich im hiesigen Bewahrhause. Verhält sich hier leidlich geordnet, ist willig und umgänglich, zuweilen hypochondrisch, etwas aufdringlich und lästig durch seine unerfüllbaren Wünsche. Beschäftigt sich zur Zufriedenheit in der Steinmacherkolonne.

Diagnose: traumatische Hirnschwäche und chronischer Alkoholismus bei einem Psychopathen. — Körperbautyp: pyknisch. — Rasse: ostisch.

☐ 99. A. Sch., geb. am 10. 9. 1882, bei der Aufnahme 55 Jahre alt. Durchlief die Volksschule glatt. Nach Schulentlassung Formerlehrling, später Händler, hatte zeitweise ein Kolonialwarengeschäft. 1905 geheiratet, 5 Kinder. Galt seit Jahren in seinem Heimatorte als ein harmloser Geisteskranker. Hat am 9. 11. 1934 zu Hause seine Ehefrau und einen erwachsenen Sohn durch Hammerschläge und Stiche in den Hals getötet, einige Tage später auch im Walde seine verheiratete Tochter und deren kleines Kind auf gleiche Art umgebracht. Sch. gab an, er habe seine Angehörigen erlösen wollen, weil sie Gift bekommen hätten. Sch. wurde gemäß § 126a St.P.O. vorläufig in eine H. A. untergebracht. Entwich dort, wurde nach 3 Tagen wieder aufgegriffen und dem hiesigen Bewahrhaus am 7. 1. 1937 zugeführt. Nach Aufhebung des

Digitized by Google

§ 126a St.P.O. erfolgte seitens der Polizei die dauernde Unterbringung gemäß § 14 des Polizeiverwaltungsgesetzes vom 1. 6. 1931. Macht hier einen biederen Eindruck, Stimmungslage gehoben, freundlich, ansprechbar, fühlt sich aber beeinträchtigt. Schrieb einen Brief unsinnigsten Inhaltes an seine tote Frau, der auf ihr Grab gelegt werden sollte. Beschäftigt sich fleißig bei allen vorkommenden Arbeiten. Steckt voller Wahnvorstellungen, äußert Erfinder- und Größenideen, dann wieder Verfolgungsvorstellungen, in seinen gedanklichen Äußerungen verworren.

Diagnose: Dementia paranoides. — Körperbautyp: athletisch. — Rasse fälisch.

○ 100. A. S., geb. am 4. 2. 1903 als Tochter eines im Jahre 1922 erschossenen Universitätsprofessors in Leningrad, bei der Aufnahme 34 Jahre alt. Als sie 6 Jahre alt war, starb Mutter an Lungentuberkulose, Vater hatte einen aufgeregten Charakter. Sie selbst war im Wesen früher still, pflegte keinen Umgang mit Altersgenossinnen. Verlebte ihre Mädchenjahre in Schweizerischen Pensionaten, besuchte in Basel die höhere Schule, legte dort die Reifeprüfung ab. Studierte 2 Semester Medizin. Litt schon als Kind an starkem Husten und Anfälligkeit der Lunge, wurde 1926 als lungenkrank begutachtet. Deswegen in ein Sanatorium, wo sie das erste Mal mit Dicodid in Berührung kam. Seit dieser Zeit entwickelte sich bei ihr eine pathologische Giftsucht, nahm bis zu 40 Tabletten Dicodid und rauchte bis zu 40 Zigaretten täglich. Vorübergehend in wilder Ehe gelebt. Beschäftigte sich als Kontoristin, war aber öfter jahrelang stellenlos, sodaß sie in ärmlichen Verhältnissen darbte. Beschaffte sich das Gift durch Betrug und Urkundenfälschungen. Ein Strafverfahren wurde auf Grund des damaligen § 51 eingestellt. War zur Entziehungskur mehrmals in einer H. A. Von 1933 bis 1935 hielt sie sich einigermaßen von dem Rauschgift frei. Gelegentlich einer Erkrankung kam sie wieder mit dem Gift in Berührung. Sie entwendete Rezeptvordrucke, füllte diese auf Dicodid aus und unterzeichnete mit dem Namen des Arztes, es wurden mehr als 70 Fälle nachgewiesen, sie gab sich fälschlicherweise als Mitglied der Krankenkasse aus. Kam wegen Betruges und schwerer Urkundenfälschung unter Strafverfolgung. Gemäß § 51 Abs. 1 Freispruch, Unterbringung in eine H. A. wurde angeordnet. Zugeführt am 21. 3. 1936. Verhielt sich hier völlig ruhig, geordnet, war fleißig und hilfsbereit. Nach 6 monatigem hiesigem Aufenthalt wurde die Unterbringung am 26. 9. 1936 ausgesetzt und sie aus der hiesigen Anstalt entlassen. Nach 3 Monaten wieder verhaftet, da sie sich erneut Dicodid in betrügerischer Weise verschafft hatte. Gemäß § 51 Abs. 1 abermals Freispruch und Widerruf der Unterbringungsaufhebung nach § 42h. Zeigt sich hier nach ihrer 2. Aufnahme am 25. 1. 1937 etwas gedrückter Stimmung, verhält sich später geordnet, zeitweise etwas aufdringlich, beschäftigt sich mit Hausarbeit und erledigt sehr fleißig mechanische Schreibarbeit für die Anstalt.

Diagnose: Charakterschwäche bei Rauschgiftsucht. — Körperbautyp: asthenisch. — Rasse: nordisch.

Verbrechen und Kriminalität werden von *Wulffen* als eine in der erschaffenen Natur des Menschen begründete Erscheinung bezeichnet, die sich darstellten in gesellschaftlichen, sozialen und soziologischen Phänomenen. Natur und Gesellschaft seien in gewisser Hinsicht Gegenspieler, die einen wechselseitigen Streit um die Herr-

Digitized by Google

schaft führten, dabei sei der Mensch ihnen Medium in diesem Kampfe. *Lenz* formuliert die Ursache des Verbrechens im biologischen Sinn als »die Entäußerung einer psychophysischen Persönlichkeit unter dem Einfluß der Umweltlage zur Zeit der Tat«. Im Sinne der konstitutionellen kriminalbiologischen Verbrecherauffassung, die beim geborenen Verbrecher eine Anlage voraussetzt, erklärt sich *v. Rohden* das Zustandekommen des Verbrechens ebenfalls aus dem Zusammenwirken der endogenen Verbrechernatur mit dem Milieufaktor. Was nun die einzelnen Disziplinen der Kriminalwissenschaft anbetrifft, so will die Kriminalpsychiatrie die endogenen und exogenen Ursachen des Verbrechens mit Hilfe der Kriminalanthropologie und der Kriminalsoziologie erforschen, die Kriminalbiologie nach *Villinger* das gesamte Leben, das körperliche wie das seelische, für die Erkenntnis des Werdens und Wesens des Verbrechers verwerten. Der Täter sei ihr Gegenstand, die Tat bedeute für sie nur »die Aktualisierung einer körperlich seelischen Potentialität«. *Viernstein* stellt der Kriminalbiologie die Aufgabe der »Erforschung und Typisierung der sozialen, sowie rassischen Wertbestimmung der verbrecherischen Persönlichkeit nach den Erkenntnisgrundsätzen des Arztes«. Nach *Rüdin* deckt sich die kriminalbiologische Erblichkeitsforschung mit einem Teil der psychiatrischen Erbbiologie überhaupt. Von verschiedenen Autoren wurden jeweils zwischen 50 und 75% der Kriminellen als psychiatrisch auffällig bezeichnet, dabei handelte es sich vornehmlich um Psychopathen, Schwachsinnige, Senile, Präsenile und Epileptiker. *Trunk* ist geneigt, eher noch größere Zahlen als die genannten für zutreffend anzusehen.

Tabelle I deckt die Beziehungen zwischen der psychiatrisch gestellten Diagnose und dem letzten Delikt bei den gerichtlich untergebrachten 87 Männern und 13 Frauen auf. Das Hauptkontingent mit 26 v. H. liefert der angeborene Schwachsinn, darunter fallen 2 Frauen. An Delikten wurden von den Schwachsinnigen verübt: je 1mal Brandstiftung von einem Mann und einer Frau, je 1mal einfacher Diebstahl i. R. von zwei Männern und einer Frau, 1mal Untreue von einem Manne. 20mal liegen Sittlichkeitsdelikte der schwachsinnigen Männer vor, und zwar 11mal unzüchtige Handlungen an Personen unter 14 Jahren, 4mal Erregung öffentlichen Ärgernisses, 1mal mit Gewalt verübte unzüchtige Handlungen an Frauen und 4mal widernatürliche Unzucht. — Bei 10 der Hundert Untergebrachten besteht angeborener Schwachsinn kombiniert mit Psychopathie, hierbei handelt es sich nur um Männer, sie weisen an Delikten auf: je 3mal schweren Diebstahl i. R. und Betrug i. R., 2mal widernatürliche Unzucht, je 1mal unzüchtige Handlungen mit Personen unter 14 Jahren und Sachbeschädigung. — Unter 5 Pfropfhebephrenien verübte 1 Frau einen Mord, 2 Männer ließen sich un-

Digitized by Google

züchtige Handlungen an Kindern zuschulden kommen, einer erregte öffentliches Ärgernis, ein anderer beging Notzuchtsdelikt. — In 15 v. H. Fällen ist die Diagnose Schizophrenie vertreten: je 2 Schizophrene begingen Mord und gefährliche Körperverletzung, 4 Schizophreniekranke, darunter 2 Frauen, verübten Brandstiftung; 2 Schizophrene, darunter 1 Frau, ließen sich einfachen Diebstahl zu Schulden kommen, eine Schizophrene beging Dienstbotendiebstahl. Ferner sind an Delikten der männlichen Schizophrenen je einmal verzeichnet: Erpressung, unzüchtige Handlungen mit Kindern, Erregung öffentlichen Ärgernisses, heimtückische Angriffe auf Staat und Partei. — Zu den 15 Schizophrenen gesellen sich 3 männliche Paraphrene, bei denen je 1mal Mord, Beleidigung und Notzuchtsdelikt vorliegt. — Die Taten der 3 Manisch-Depressiven bestanden in Brandstiftung und widernatürlicher Unzucht durch 2 Männer und in Abtreibung durch 1 Frau. — Erbliche Fallsucht ist in 6 v. H. Fällen notiert, eine Epileptika beging Mord, eine andere Brandstiftung; wegen gefährlicher Körperverletzung mit Todeserfolg, wegen schweren Diebstahls, wegen unzüchtiger Handlungen mit Kindern und wegen widernatürlicher Unzucht kam weiterhin je ein männlicher Epileptiker mit dem Gesetz in Konflikt. Von 2 Fällen erworbener Epilepsie mit traumatischer Hirnschwäche machte ein Täter einen Mordversuch, der andere beging Eidesverletzung. — Von 4 männlichen Paralysen standen unter Anklage je einer wegen schweren Diebstahls, schweren Diebstahls i. R., Einbruchsdiebstahl i. R. und Erregung öffentlichen Ärgernisses. Ein Mann mit Lues cerebri verübte einen schweren Diebstahl i. R.; eine juvenile Paralyse einen Einbruchsdiebstahl i. R. — 3 männliche Postenzephalitiker begingen sämtlich unzüchtige Handlungen an Kindern. — Bei 2 männlichen Arteriosklerotikern finden sich als Delikte: je 1mal Notzuchtsdelikt und unzüchtige Handlungen mit Kindern. — Von 4 altersschwachsinnigen Männern standen unter Anklage 2 wegen unzüchtiger Handlungen mit Personen unter 14 Jahren, je einer wegen Beleidigung und Notzuchtsdelikt. — Unter 5 Fällen reiner Psychopathie finden sich als Straftaten: 1mal Taschendiebstahl von seiten einer Frau; bei den Männern 1mal schwerer Diebstahl i. R., 1mal Betrug und 2mal Sittlichkeitsverbrechen (unzüchtige Handlungen mit Personen unter 14 Jahren). — 4 Alkoholisten kamen mit dem Strafgesetz in Konflikt: je einer wegen Hausfriedensbruchs und Betrugs i. R. und zwei wegen unzüchtiger Handlungen mit Kindern. — Die rechtswidrigen Handlungen der 4 süchtigen Psychopathen bilden 1mal Betrug i. R. und 3mal Urkundenfälschung, unter den Urkundenfälschern zählen 2 Frauen. — Ein Mann mit Querulantenwahn wurde wegen falscher Anschuldigung exkulpiert. — Ein Alkoholparanoiker beging gefährliche Körperverletzung.

Digitized by Google

Beziehungen zwischen Diagnose und letztem Delikt

Tabelle I

100	Delikte:	100	5	1	1	3	1	1	1	2	1	8	1	1	1
			Mord	Mordversuch	Gefährl. Körperverletzg. m. Todeserf.	Gef. Körperverletzg.	Abtreibung	Hausfriedensbruch	Falsche Anschuldigung	Beleidigung	Sachbeschädigung	Brandstiftung	Raub u. Erpressung	Taschendiebstahl	Dienstbotendiebstahl
100	Diagnosen:	M W	M W	M W	M W	M W	M W	M W	M W	M W	M W	M W	M W	M W	M W
26	Angeborener Schwachsinn											1 1			
10	Schwachsinn + Psychopathie										1				
5	Pfropfhebephrenie		1												
15	Schizophrenie	2				2						2 2	1		1
3	Paraphrenie	1								1					
3	Zirkul. Irresein						1					1			
6	Erbl. Fallsucht		1		1								1		
2	Erworb. Fallsucht bei traum. Hirnschwäche			1											
4	Paralyse														
1	Lues cerebri														
1	Erbl. Syphilis														
3	Postenzephalitis														
2	Dementia arteriosklerotica														
4	Dementia senilis									1					
5	Psychopathie							1						1	
4	Alkoholismus														
4	Süchtigkeit														
1	Querulantenwahn								1						
1	Alkoholparanoia					1									

Von den Delikten ausgehend gibt die 1. Tabelle folgenden Überblick:

Die 5 Mordfälle verteilen sich auf 2 männliche Schizophrene und 1 männlichen Paraphrenen, sowie auf eine Pfropfhebephrene und eine Epileptika. 8 Fälle von Brandstiftung wurden verübt von 4 Männern und 4 Frauen, und zwar von einem Mann und einer Frau mit angeborenem Schwachsinn, von 2 männlichen und 2 weiblichen Schizophrenen, von einem Manisch-Depressiven und einer Epileptika. 17mal wurden Eigentumsdelikte begangen: 1mal von einem Epileptiker, 2mal von Psychopathen, je 3mal von Schizophrenen, Schwachsinnigen sowie schwachsinnigen Psychopathen und 5mal von Metaluetikern; bei den Eigentumsdelikten sind 3 Frauen vertreten. 46 v. H. aller Straftaten machen Sittlichkeitsdelikte aus,

Digitized by Google

ei den untergebrachten 87 Männern und 13 Frauen

Einfacher Diebstahl		Einfacher Diebstahl im Rückfall		Schwerer Diebstahl		Schwerer Diebstahl im Rückfall		Einbruchsdiebstahl i. Rückf.		Betrug		Betrug im Rückfall		Urkundenfälschung		Untreue		Eidesverletzung		Unzucht. Handl. m. Pers. u. 14 J.		Erregung öffentl. Ärgernisses		Mit Gewalt ausgeübte unz. Handl. a. Frauen		Widernatürl. Unzucht		Notzuchtsdelikte		Politisches Vergehen (Heimtückische Angriffe a. Staat u. Partei)	
2		3		2		6		2		1		5		3		1		1		26		7		1		8		4		1	
W		M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
		2	1													1				11		4		1		4					
						3						3								1						2					
1	1																			2		1						1			
																				1		1						1		1	
				1																1						1					
																										1					
				1		1		1										1				1									
						1		1																							
																				3											
																				1								1			
																				2								1			
						1				1		1								2											
												1		1						2											

darunter kommen vor: 26mal unzüchtige Handlungen mit Kindern, 7mal Erregung öffentlichen Ärgernisses, 1mal mit Gewalt ausgeübte unzüchtige Handlungen an Frauen, 8 Fälle von widernatürlicher Unzucht und 4 Notzuchtdelikte. Bei allen diesen Delikten handelt es sich um männliche Täter. Die Sittlichkeitsverbrecher verteilen sich auf die einzelnen Diagnosen folgendermaßen: Wenn man die klinischen Gruppen des angeborenen Schwachsinns in Kombination mit der Psychopathie und der Hebephrenie in die eine Gruppe des endogenen Schwachsinns zusammenfaßt, so sind es 41 v. H. Schwachsinnszustände. Von diesen 41 letzten Endes schwachsinnigen Personen begingen weit mehr als die Hälfte (27) Sittlichkeitsdelikte, dabei handelt es sich 14mal um unzüchtige Handlungen an Kindern. Die übrigen der insgesamt 46 Sittlich-

Digitized by Google

Verhältnis zwischen Diagnose

Tabelle II

		100	26		10		5		15		3		3		6	
		Diagnosen:	Angeb. Schwachsinn		Schwachsinn + Psychopathie		Pfropfhebephrenie		Schizophrenie		Paraphrenie		Zirkul. Irresein		Erbl. Fallsucht	
	Es liegt vor:		M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
71	§ 51 Absatz 1		16	1	4		3	1	10	4	3		2	1	2	
29	§ 51 Absatz 2		8	1	6		1		1						2	
87	§ 42 b		21	2	7		4	1	9	4	2		1	1	4	
8	§ 126a		3		2				2							
5	§ 126 a erfüllt in 42 b ...				1						1		1			
4	§ 126 a aufgehoben		1						2							
2	Polizeiliche Einweisung ...								2							
4	§ 42 f		1													
1	§ 42 h															
1	§ 42 e neben 42 b			1												
5	Entmün- Geist. Schwäche		5													
2	digt Geist. Krankheit		1							1						
2	wegen Trunksucht															
12	Zuerk. d. früheren § 51 ..		5		1										1	
2	§ 42k, bzw. freiw. Entmannung				1										1	

keitsdelikte wurden verübt von je 1 Zirkulären, Paraphrenen und Paralytiker, von je 2 Schizophrenen, Arteriosklerotikern, Alkoholikern, Epileptikern und Psychopathen, sowie von je 3 Altersschwachsinnigen und Postenzephalitikern. — Vergleichweise seien die Delikte von 100 verurteilten Sicherungsverwahrten gegenübergestellt, über die *Többen* berichtet. Bei deren Straftaten handelt es sich in der überwiegenden Mehrzahl, etwa 90%, um Eigentumsdelikte. Den Rest von 10% bilden Sittlichkeitsdelikte, insbesondere jene, für die die Entmannung nur zweifelhaften Erfolg verspricht, sodann Widerstand gegen die Staatsgewalt und Körperverletzung.

Tabelle II kennzeichnet das Verhältnis zwischen Diagnose und forensischen Maßnahmen. Den § 51, Absatz I, erhielten 71 v. H. Zu dieser Gruppe gehören 16 Männer und 1 Frau mit angeborenem Schwachsinn, 10 männliche und 4 weibliche Schizophrene, 5 altersschwachsinnige Männer, 4 männliche Paralysen, 4 männliche schwachsinnige Psychopathen, 3 männliche und 1 weibliche Pfropfhebephrene, 3 männliche Paraphrene, 3 männliche Postenzephalitiker, 2 männliche und 1 weibliche Zirkuläre, 2 Männer und

Digitized by Google

und forensischen Maßnahmen

2		4		1		1		3		2		4		5		4		4		1		1	
Erworb. Fallsucht b. traum. Hirnschw.		Paralyse		Lues cerebri		Erbl. Syphilis (Juv. Paralyse)		Postenzephalitis		Dem. arteriosklerot.		Dementia senilis		Psychopathie		Alkoholismus		Süchtigkeit		Querulantenwahn		Alkoholparanoia	
M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
2		4		1		1		3		2		3				2		1	1	1		1	
										1				4	1	2		1	1				
2		4		1				3		2		2		4	1	4		2	2	1		1	
						1																	
										1		1											
						1																	
						1								1				1					
																			1				
																2							
1								1				1		1					1				

2 Frauen mit erblicher Fallsucht, 2 Männer mit erworbener Fallsucht bei traumatischer Hirnschwäche, 2 männliche Alkoholiker, 2 Rauschgiftsüchtige (unter letzteren wieder 1 Frau), je ein Mann mit Lues cerebri, juveniler Paralyse, Querulantenwahn und Alkoholparanoia. Den § 51, Absatz II erhielten insgesamt 29 v. H. Nach den bisherigen hier gemachten Erfahrungen hat *Wilmanns* mit seinen Vermutungen vorläufig nicht ganz Recht behalten mit der Befürchtung, daß, wenn nicht nur die aus § 51 Freigesprochenen, sondern auch die vermindert Zurechnungsfähigen der öffentlichen Irrenpflege zwangsweise überwiesen würden, eine Armee entstehen würde, der unsere gegenwärtige Irrenpflege nicht im entferntesten gewachsen wäre. Unter den vermindert Zurechnungsfähigen zählen 8 männliche und 1 weibliche Schwachsinnige, 6 Männer mit Schwachsinn plus Psychopathie, 5 reine Fälle von Psychopathie (darunter 1 Frau), 2 Männer mit erblicher Fallsucht, 2 Alkoholiker, 1 Propfhebephrener, 1 Schizophrener, 1 Arteriosklerotiker und schließlich 1 Mann und 1 Frau mit Rauschgiftsüchtigkeit. 87 v. H. sind auf Grund des § 42b Str.G.B., 8 gemäß § 126a Str.P.O. untergebracht worden. 5mal

Digitized by Google

erfüllten sich die Voraussetzungen des § 126a in die des § 42b. In 4 Fällen wurde der § 126a wieder aufgehoben, dafür bei 2 Schizophrenen die polizeiliche Unterbringung angeordnet, weil es sich um gefährliche Geisteskranke handelte. Ein homosexueller Epileptiker hatte gegen das Urteil, das ursprünglich auf Sicherungsverwahrung gelautet hatte, Berufung eingelegt und nach Anhörung des medizinischen Sachverständigen, der den Angeklagten für vermindert zurechnungsfähig erklärt hatte, war die Anordnung der Sicherungsverwahrung nach § 42e in die der Unterbringung nach § 42b umgewandelt worden (Fall 70). Übrigens wurde bei einer Schwachsinnigen neben dem § 42b zugleich auch auf § 42e erkannt. Es handelt sich hier (Fall 22) um eine Diebin, die aus Zweckmäßigkeitsgründen am besten in einer Irrenanstalt verbleibt. Bei einem ausgesprochenen Alkoholiker wurde von einer Einweisung in eine Trinkerheilanstalt gemäß § 42c ausdrücklich Abstand genommen und seine Unterbringung in einer Heilanstalt nach § 42b angeordnet (Fall 37). Insgesamt waren 9 Entmündigungen bei den Untergebrachten auf Grund des § 6 B.G.B. ausgesprochen gewesen: 5mal wegen »Geistesschwäche«, 2mal wegen »Geisteskrankheit«, 2mal wegen Trunksucht. Es erfolgten 4 Entlassungen im Sinne des § 42f., nachdem der Zweck der Unterbringung erreicht war; in einem Falle (Nr. 100) wurde die erneute Unterbringung gemäß § 42h notwendig. (Nur die 2. Unterbringung wurde in den Hundertsatz gezählt.) Bei den Entlassungen handelte es sich um je einen Fall von Psychopathie, angeborenem Schwachsinn, Morphinismus und erblicher Syphilis (Fall 15, 31, 40 u. 54). Beim angeborenen Schwachsinn und der erblichen Syphilis hatte Absatz I des § 51 vorgelegen, bei der Psychopathie und Süchtigkeit der Absatz II.

Bei 12 geistig abnormen Rechtsbrechern war bereits das Vorliegen des damaligen § 51 anerkannt worden; darunter 5mal bei angeborenem Schwachsinn, je 1 mal bei Schwachsinn in Kombination mit Psychopathie, bei reiner Psychopathie, bei erblicher und erworbener Fallsucht, bei Postenzephalitis, Altersschwachsinn und Süchtigkeit. Die Hälfte von diesen 12 früher exkulpiert Gewesenen, darunter eine süchtige Psychopathin, hatten in der neuen Fassung des § 51 den Absatz I, die übrigen 6 den Absatz II erhalten. 2 gefährliche Sittlichkeitsverbrecher, von denen der eine an Schwachsinn in Verflechtung mit Psychopathie, der andere an erblicher Fallsucht leidet, waren schon vor ihrer Einweisung nach hier entmannt worden, der Oligophrene gemäß § 42k, der Epileptiker auf eigenen Wunsch (Fall 21 u. 70).

Tabelle III gibt Auskunft über die Beziehungen zwischen dem letzten Hauptdelikt einerseits und den forensischen und erbbiologischen Maßnahmen andererseits. Des näheren muß ein Blick auf

Digitized by Google

diese Tabelle geworfen werden; besonders hervorgehoben sei, daß der § 51, Absatz I, zuerkannt wurde in 5 Fällen von Mord, bei einem Mordversuch, 3mal bei gefährlicher Körperverletzung, 2mal bei Beleidigung, 8mal bei Brandstiftung, 12mal bei Eigentumsdelikten, 32mal bei Sittlichkeitsverbrechen (darunter 16mal bei unzüchtigen Handlungen an Kindern). Der § 51, Absatz II, wurde u. a. bei 14 Sittlichkeitsdelikten und 5 Eigentumsvergehen als vorliegend erachtet. Die 2 Täter, gegen die nach Aufhebung des § 126a Str.P.O. vorsorglich die polizeiliche Unterbringung wegen Gemeingefährlichkeit angeordnet werden mußte, hatten sich der Brandstiftung und des vierfachen Mordes schuldig gemacht (Fall 39 u. 99). Es konnte nicht verantwortet werden, daß diese nach Aufhebung des Unterbringungsbefehls wieder der Volksgemeinschaft zugeführt worden wären. Es ist unverständlich, daß die Maßnahmen der Sicherung und Besserung auf Grund des Gesetzes vom 24. November 1933 keine endgültige Anwendung fanden. Man fragt sich, warum das nationalsozialistische Gesetz gegen abnorme Rechtsbrecher, die die öffentliche Sicherheit gefährden, nicht von Gerichts wegen durchgeführt, sondern stattdessen zu den früheren in mancher Hinsicht ungenügenden polizeilichen Maßnahmen gegriffen wurde. Hieran seien einige grundsätzliche Erörterungen geknüpft, die sich aus einer Kontroverse der Heilanstalt mit der zuständigen Oberstaatsanwaltschaft über den Fall Sch. (Nr. 99) ergaben. Bezüglich der zu ergreifenden Sicherheitsmaßnahmen gegen Sch. machte die Oberstaatsanwaltschaft mit Recht geltend, daß die Anordnung der »Sicherungsverwahrung« nicht in Frage käme, da Sch. offensichtlich geisteskrank sei, wohl aber gemäß § 42b St.G.B. die gerichtliche Anordnung seiner »Unterbringung« in einer Heil- und Pflegeanstalt möglich gewesen wäre. Da das Verfahren jedoch wegen Geisteskrankheit des Beschuldigten eingestellt, andererseits von der Polizei die dauernde Unterbringung des Sch. in einer Heilanstalt angeordnet worden sei, habe die Staatsanwaltschaft auch von der in ihr Ermessen gestellten Möglichkeit, gemäß § 429aff. St.P.O. das sogenannte Sicherungsverfahren mit dem Ziel auf gerichtliche Anordnung der Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt durchzuführen, keinen Gebrauch gemacht. Die diesseits vorgetragene Auffassung, die Staatsanwaltschaft habe im Fall Sch. entweder den Weg nach § 42b St.G.B. oder den des Sicherungsverfahrens nach § 429a St.P.O. gehabt, sei nicht zutreffend. Die Oberstaatsanwaltschaft vermochte im übrigen nicht einzusehen, inwiefern durch die polizeilicherseits veranlaßte dauernde Unterbringung des Sch. in einer Provinzialheilanstalt nicht der Zweck der dauernden Sicherstellung des geisteskranken Mörders ebensogut erreicht würde. Sie fragte nach einer näheren Begründung, warum für den seitens

Digitized by Google

Forensische und erbbiologische Maßnahmen im untergebrachten 87

Tabelle III

100	Letzte Hauptdelikte:	100				100			
		71		29		87		8	
		§ 51 Abs. 1		§ 51 Abs. 2		§ 42 b		§ 126 a	
		M	W	M	W	M	W	M	W
5	Mord	3	2			2	2	1	
1	Mordversuch	1				1			
1	Gef. Körperverletzung m. Todeserfolg			1		1			
3	Gefährliche Körperverletzung	3				3			
1	Abtreibung		1				1		
1	Hausfriedensbruch	1				1			
1	Falsche Anschuldigung	1				1			
2	Beleidigung	2				1			
1	Sachbeschädigung			1		1			
8	Brandstiftung	4	4			2	4	2	
1	Raub u. Erpressung	1				1			
1	Taschendiebstahl				1		1		
1	Dienstbotendiebstahl		1				1		
2	Einfacher Diebstahl	1	1			1	1		
3	Einfacher Diebstahl im Rückfall	1		1	1	2	1		
2	Schwerer Diebstahl	2				2			
6	Schwerer Diebstahl im Rückfall	4		2		5			
2	Einbruchsdiebstahl im Rückfall	2				1		1	
1	Betrug			1		1			
5	Betrug im Rückfall			5		5			
3	Urkundenfälschung	1	1		1	1	2		
1	Untreue			1		1			
1	Eidesverletzung	1				1			
26	Unzücht. Handlungen m. Personen unter 14 Jahren	16		10		25			
7	Erregung öffentl. Ärgernisses	5		2		7			
1	Mit Gewalt ausgeübte unzüchtige Handlungen an Frauen	1				1			
8	Widernatürliche Unzucht	6		2		3		4	
4	Notzuchtsdelikt	4				3			
1	Polit. Vergehen. (Heimtückische Angriffe auf Staat und Partei)	1				1			

Digitized by Google

Verhältnis zu den letzten Hauptdelikten der Männer und 13 Frauen

														Unfruchtbarmach.								Strafen bei § 51 Abs. 2 neben § 42 b												
5		4		2		4		68		11		13		1		2		29				3												
§ 126 a erfüllt in § 42 b		§ 126 a aufgehoben		Polizeil. Einweisung		Zweck d. Unterbringung erreicht und entlassen n. § 42 f.		erbkrank		beschlossen		durchgeführt		§ 42 e neben § 42 b		Entmannung gemäß § 42 k, bzw. freiw. Entm.		Gefängnis				Verstorben												
M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W			M	W										
		1		1				3	2			1																					
								1										2 J.															
								2		1																							
									1																								
1								1																									
								1				1						3 M.															
		2		1		1		4	4																								
								1		1																							
																				2 J.													
									1																								
								1	1	1																							
								2	1	1		1			1			6 M.		1 J.													
								1																									
1						1		3		1		2						3 M 10 M.															
		1				1																											
																		5 M.															
						1		3		1								6, 6, 7, 9 M. 1 J. ± 3 M.															
																				2 W.		1											
								1										6 M.															
1								16		3		3				1		1, 4, 6, 6, 6, 9, 9 M. 1, 1, 1 J.				1											
								6		1		3						4 M. 6 M.															
								1																									
1								8		1		1				1		6 M. 2 J.				1											
1								2				1																					
								1																									

Digitized by Google

der Polizei dauernd in einer öffentlichen Heil- oder Pflegeanstalt Untergebrachten eine leichtere Entweichungsmöglichkeit bestehe, als wenn vom Gericht auf Anordnung der Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt erkannt worden wäre. Im übrigen wurde von der Staatsanwaltschaft geltend gemacht, daß die Durchführung des Sicherungsverfahrens gemäß § 429aff. Str.P.O. in Verbindung mit § 42 Str.G.B. auch bezüglich der Kostenregelung nicht von entscheidender Bedeutung sei, da in jedem Falle der Landesfürsorgeverband die Kosten zu tragen habe. Die nach § 42b St.G.B. und die im Sicherungsverfahren nach § 429a Str.P.O. Untergebrachten stellten keine besonderen Kategorien, sondern ein und dieselbe Gruppe asozialer Kranker dar; § 42b Str.G.B. bilde die materielle strafrechtliche Vorschrift und die § 429aff. St.P.O. enthielten nur die strafprozeßrechtlichen Bestimmungen für die gerichtliche Unterbringung unzurechnungsfähiger und vermindert zurechnungsfähiger Personen. — Diesem Entscheide ist aber folgendes entgegenzuhalten: Das Einschreiten gegen Geisteskranke, deren Gefährlichkeit sich nicht aus der Begehung einer mit Strafe bedrohten Handlung, sondern aus sonstigen Umständen ergibt, bleibt nach wie vor Aufgabe der Verwaltungsbehörde, deren konkurrierende Zuständigkeit neben der des Strafrichters unberührt bleibt. Es muß aber bei der ganzen Sachlage des Falles Sch. unterstellt werden, daß die Maßnahmen gegen das schwere Verbrechen durch die nationalsozialistische Gesetzgebung wesentlich verschärft worden sind. Der Grund hierfür liegt auf dem Gebiete unserer Volkserhaltung. Wenn die neue Gesetzgebung die Bestimmungen des Landesrechtes nebenher hat bestehen lassen, so wäre vor Ergreifung irgendeiner Maßnahme zunächst genauestens zu prüfen gewesen, welches Verfahren nach der heutigen Rechtsauffassung der Öffentlichkeit den weitesten Schutz gewährt. Daß dabei die einfache polizeiliche Einweisung, die in jede Anstalt zulässig ist und unter Umständen sogar für Privatanstalten Gültigkeit haben kann, dem Sicherungsverfahren nach § 429a Str.P.O. bzw. der Unterbringung nach § 42b Str.G.B weit unterlegen ist, liegt auf der Hand. Nicht jede Anstalt ist in jedem Falle für die Unterbringung solcher krimineller Personen wie Sch., bei dem es sich um einen brutalen Familienmörder handelt, geeignet. Es muß schon eine Anstalt sein, die in baulicher Hinsicht die Gewähr für eine vollkommen sichere Verwahrung eines solchen Täters bietet. Es könnte eingewendet werden, der Zweck der notwendigen Sicherung sei immerhin dann erreicht, wenn die polizeiliche Einweisung für Fälle der vorliegenden Art in das feste Bewahrhaus der Heilanstalt Eickelborn in die Wege geleitet würde. Diese Auffassung ist grundsätzlich verfehlt. Die polizeiliche Einweisungsverfügung richtet sich nur gegen polizeipflichtig gewordene Personen, bei denen durchaus nicht ein Strafdelikt bereits vor-

Digitized by Google

zuliegen braucht. Die Richtigkeit dieser Unterstellung ergibt sich, wenn man den Personenkreis der polizeilich eingewiesenen Kranken betrachtet. Man muß dann feststellen, daß es sich bei den polizeipflichtig gewordenen Kranken um Personen handelt, die entweder durch ihre Selbstmordabsichten auch andere gefährden oder infolge eines krankhaften Erregungszustandes mit ihrer Umwelt in einen Konflikt persönlicher Art geraten sind oder zu geraten scheinen und, was noch charakterisierend für die polizeiliche Einweisungsverfügung ist, schon durch Belästigungen der Behaglichkeit ihrer Mitmenschen die polizeiliche Einweisungsverfügung auslösen können, indem sie hierdurch den Begriff der »Gemeingefährlichkeit« erfüllen. Der Begriff der Gemeingefährlichkeit ist sehr umstritten geblieben, er ist nach *Enge* weder ein juristischer, noch psychiatrischer, eher ein verwaltungstechnischer Begriff. Die Bezeichnung »Gemeingefährlichkeit« hat im neuen Strafrecht keinen Eingang gefunden. *Rixen* wollte schon 1921 diesen Begriff nicht beibehalten wissen, an seine Stelle sollte die Bezeichnung »Gefährlichkeit mit Rücksicht auf andere oder sich selbst« treten. Dabei brauche diese Gefährlichkeit keinesfalls eine dauernde zu sein. Gemeingefährlichkeit eines Geisteskranken wird nach bisheriger Auffassung am besten dahin definiert, daß Gemeingefährlichkeit im allgemeinen dann anzunehmen sei, wenn ein öffentliches Interesse an der Unterbringung des Geisteskranken in eine Heilanstalt obwaltet. Das Vorliegen eines solchen Interesses sei stets dann anzuerkennen, wenn von dem Kranken eine Störung der öffentlichen Ruhe, Sicherheit und Ordnung oder eine Gefährdung von Rechtsgütern anderer Personen zu befürchten sei oder, wie *Exner* sich ausdrückt, »der Kranke in sich einen Komplex von Bedingungen vereinige, welche ein kriminelles Verhalten von ihm erwarten lassen«. Das Wesen der Gemeingefährlichkeit liegt nicht im Erfolg einer einzelnen gefährlichen Tat, sondern in der krankhaften Willensbereitschaft zu verkehrten Handlungsweisen. Die polizeiliche Einweisung laut Polizeiverwaltungsgesetz vom 1. 6. 1931 findet und behält eine besondere Bedeutung auch darin, daß Geistesgestörte, welche die öffentliche Sicherheit gefährden, durch polizeiliche Anordnung a tempo, ohne ein weiteres Verfahren, gegen ihren Willen kurzerhand in eine Heilanstalt eingewiesen werden können. Die Maßnahme ist und muß aber in diesem Sinne als ein vorübergehender Notbehelf betrachtet werden. Erfahrungsgemäß ist in fast allen Fällen der polizeipflichtige Zustand meist schon nach kurzer Zeit behoben. Diese Erkenntnis hat ja auch dazu geführt, der Einweisungsverfügung große Bewegungsfreiheit zuzubilligen. Die Anstaltsleitung kann z. B. den Kranken jederzeit ohne Rückfrage oder Genehmigung der Polizei für die Dauer von 8 Tagen beurlauben, wenn eine Beurlaubung nach rein ärztlichem Ermes-

Digitized by Google

sen unbedenklich erscheint, obgleich die Anstaltsleitung nicht befugt ist, ohne Einwilligung der Polizeibehörde eine endgültige Entlassung zu tätigen. Daraus erhellt die große Dehnbarkeit der polizeilichen Einweisungsverfügung, die in jeder Richtung einer freien ärztlichen Behandlungsweise Rechnung trägt. Bei der gerichtlichen Unterbringung — ganz gleich, ob im Sicherungsverfahren nach § 429a Str.P.O. oder nach § 42b Str.G.B. — aber spricht das entscheidende Wort die Staatsanwaltschaft. Zusammenfassend ist also festzustellen, daß die polizeiliche Einweisungsverfügung die Behandlung eines Geisteskranken zum Zwecke der Wiederherstellung eines polizeilich ordnungsmäßigen Zustandes zum Ziele hat, während bei der gerichtlichen Unterbringung die Sicherungsmaßnahme gegen bereits kriminell gewordene geistig abnorme Täter das Primäre ist. Dieser Umstand ist auch bestimmend bei der Festlegung des gesamten ärztlichen Behandlungsplanes, insbesondere der Anwendung therapeutischer Beschäftigungsmethoden. Zum Falle Sch. ist weiterhin zu fragen, wer die Hauptverantwortung zu tragen gehabt hätte, wenn dieser gelegentlich seiner Entweichung aus der Heilanstalt Aplerbeck erneut Angriffe auf Leib und Leben anderer Volksgenossen gemacht haben würde. Dann wäre alle Welt empört gewesen, daß Sch. nicht sicherer untergebracht worden war, hatte man sich doch nicht ohne Grund sowieso schon reichlich über die Entweichung des Familienmörders aus der Heilanstalt Aplerbeck in der Öffentlichkeit aufgeregt. Gerade die Schwere des Falles hätte die Staatsanwaltschaft eigentlich erst recht veranlassen müssen, die Internierung nach § 42b Str.G.B. oder § 429a Str.P.O. zu erwirken. Die Öffentlichkeit hat ein Recht darauf, darüber beruhigt zu sein, daß ein solch schwerer Gewaltverbrecher wie Sch. nach menschlicher Voraussicht niemandem mehr Schaden zufügen kann. Bezüglich der zur Diskussion gestellten Kostenfrage ist sodann der Staatsanwaltschaft nur insoweit beizupflichten, als die Kosten der Unterbringung nach § 42b oder die des Sicherungsverfahrens nach § 429a von ein- und derselben Stelle zu übernehmen sind. Das Gesetz vom 16. 10. 34 enthält keine Ausführungen darüber, wer die Kosten zu tragen hat, infolge dieser Gesetzeslücke fallen sie z. Zt. dem Landesfürsorgeverband zur Last. Die Rechtsprechung hat allerdings inzwischen darüber entschieden, daß die Kosten der Unterbringung nach § 42b Str.G.B. und folglich auch die des Sicherungsverfahrens nach § 429a Str.P.O. Strafvollziehungskosten seien, die die Justizverwaltung zu tragen hat. Darin müßte zwar eigentlich ein Widerspruch erblickt werden, wenn man bedenkt, daß der Vollzug der Unterbringung doch keine Strafmaßnahme bedeutet. Im Falle Sch. ist die Rechtsprechung durch das Bundesamt für das Heimatwesen erfolgt. Dieses ist bekanntlich die oberste Spruchbehörde in Fürsorgesachen. Wir haben es bisher immer wie-

Digitized by Google

der erlebt, daß das Bundesamt für das Heimatwesen einerseits und das Oberverwaltungsgericht als Verwaltungs- und Polizeispruchbehörde andererseits in ihren Rechtsprechungen wesentlich voneinander abweichen. Diese Tatsache gibt Veranlassung, die Frage offen zu lassen, ob die Rechtsprechung des Bundesamtes für das Heimatwesen auch dahingehend Gültigkeit behält, daß die Kosten für die nach § 42b Untergebrachten Strafvollziehungskosten seien. Mit Sicherheit darf man aber aus der Rechtsprechung für das in Rede stehende Gebiet unterstellen, daß die Kosten keine Fürsorgekosten sind. Die Entscheidung, was für Kosten es sind und wer die Kosten endgültig zu tragen hat, dürfte nicht durch das Bundesamt für das Heimatwesen klargestellt werden, sondern obliegt m. E. der Verwaltungsbefugnis der Staatsregierung[1]).

In Erfüllung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses wurden sämtliche erbkranke Rechtsbrecher angezeigt, ohne daß in jedem Falle ein Antrag auf Unfruchtbarmachung gestellt wurde. In der Mehrzahl der Fälle erübrigt sich eine diesbezügliche Maßnahme, solange die Betreffenden im Hinblick auf ihre sichere Unterbringung sowieso an einer Fortpflanzung gehindert sind. 68% der Untergebrachten sind erbkrank: 36 leiden an angeborenen Schwachsinn, 23 gehören zur Schizophreniegruppe, 3 leiden an zirkulärem Irresein und 6 an erblicher Fallsucht. Schon vor ihrer Zuführung nach hier war in 2 Fällen die Unfruchtbarmachung beantragt gewesen, bei 1 geistesschwachen, psychopathischen Betrüger und 1 schwachsinnigen Sittlichkeitsverbrecher. Bei weiteren 11 Erbkranken war die Unfruchtbarmachung bereits beschlossen, bei ihren Delikten handelt es sich je 1 mal um gefährliche Körperverletzung, Erpressung, einfachen Diebstahl, einfachen Diebstahl i. R., schweren Diebstahl i. R., Betrug i. R. und 5mal um Sittlichkeitsverbrechen. 13mal war die Unfruchtbarmachung wegen Erbkrankheit durchgeführt: bei 1 Mörder, 3 Eigentumsverbrechern, 1 Sachbeschädiger und 8 Sittlichkeitsverbrechern. Bei den gemäß § 51, Absatz II, vermindert zurechnungsfähigen 29 Rechtsbrechern wurde neben der Unterbringung auf Gefängnis von 2 Wochen bis zu 2 Jahren Dauer erkannt. Die Delikte der 4 auf Grund des § 42f. Entlassenen bildeten: schwerer Diebstahl i. R., Brandstiftung, Betrug i. R., Einbruchsdiebstahl i. R.

Tabelle IV legt die Beziehungen klar zwischen erblicher Belastung, Lebenslauf, soziologischem Verhalten der Rechtsbrecher und

---

[1]) In der Zwischenzeit bis zur Vorlage des Korrekturabzuges ist auf Drängen des Oberpräsidenten (Verwaltung des Prov.-Verbandes) beim Generalstaatsanwalt endlich auf Anordnung des letzteren durch die zuständige Staatsanwaltschaft im Falle Sch. das Sicherungsverfahren nach § 429a Str.P.O. eingeleitet worden.

Digitized by Google

der klinischen Diagnose, gibt also kriminalbiologische Zusammenhänge. *Exner* stellt die These auf: Was aus der Anlage wird, hängt — innerhalb des durch die Anlage gegebenen Spielraumes — von der Umwelt ab. Welche Umwelt und wie diese Umwelt auf den Menschen wirkt, hängt — innerhalb des durch den äußeren Sachverhalt gegebenen Spielraumes — von der Anlage ab. *Rohden* spricht von Anlage und Umwelt als zwei Ursachenreihen, die in wechselseitiger Durchdringung den Verbrecher in seinen unendlichen Varianten schafften. Wie außerordentlich bedeutungsvoll die erbliche Anlage für die soziale Erscheinungsform des Menschen sein kann, wissen wir vor allem aus den Ergebnissen der Zwillingsforschung. Die hiesigen 100 Untergebrachten bieten diesbezügl. kein Forschungsmaterial. *Meggendorfer* zitiert *Gruhle*, der feststellte, daß bei 41% Zöglingen der Zwangserziehungsanstalt Flehingen ausschließlich die erbliche Veranlagung für die Verwahrlosung verantwortlich zu machen wäre, bei weiteren 41% spielten sowohl die erbliche Veranlagung als auch ungünstige Umwelteinflüsse und nur bei 18% ausschließlich Umwelteinflüsse eine ursächliche Rolle. Weiter berichtet *Meggendorfer* über die wichtigen Untersuchungen von *Johannes Lange* über kriminelle Zwillinge, daß während bei 17 zweieiigen Zwillingspaaren, von denen je einer kriminell war, nur in zwei Fällen auch der andere Zwilling strafbare Handlungen, aber in ganz anderer Weise und in leichterer Form begangen hätte und die 15 anderen ordentliche, fleißige Menschen geworden wären, unter den 13 eineiigen Zwillingspaaren 10 Paare bezüglich der Kriminalität bis in alle Einzelheiten übereinstimmten. Von den nicht übereinstimmenden 3 Fällen wäre einmal die Eineiigkeitsdiagnose nicht ganz sicher und in den beiden anderen Fällen wäre in früher Jugend eine Hirnschädigung des einen Zwillings vorgekommen. Die Deutung eines solchen Ergebnisses besagt, daß die Kriminalität tatsächlich weitgehend durch die Erbanlage bedingt und bestimmt wird. Nun zurück zu unserer tabellarischen Übersicht: In 40 v.H. ist familiäre Belastung erwähnt, 18mal in schwerem Grade; 17mal wurde der Vater als Potator bezeichnet, 6mal war Kriminalität in der Sippe erwiesen. Bei 26 Fällen mit angeborenem Schwachsinn gelang 13mal der Nachweis erblicher Belastung. 4mal ergab sich erbliche Belastung bei 10 Fällen von Schwachsinn in Verbindung mit Psychopathie, 11mal bei 23 Schizophrenieerkrankungen, 3mal bei 6 Fällen von erblicher Fallsucht, 4mal bei 5 Fällen von reiner Psychopathie, 2mal bei 4 Süchtigen und je 1mal bei 2 Fällen von erworbener Fallsucht, 4 Fällen von Paralyse und 3 Fällen von zirkulärem Irresein.

Es ist nicht allzuviel übriggeblieben von der Lehre *Lombrosos*, die nach *Kurella* besagt, daß alle echten Verbrecher eine bestimmte in sich kausal zusammenhängende Reihe von körperlichen anthro-

Digitized by Google

pologisch nachweisbaren Merkmalen besäßen, die ihren Träger mit unentrinnbarer Notwendigkeit zum Verbrecher, wenn auch vielleicht zum unentdeckten werden ließen, ganz unabhängig von allen sozialen und individuellen Lebensbedingungen. Kriminalpolitisch würde die Lehre vom Delinquente nato, ihre Richtigkeit unterstellt, meint *Burchardt*, die begrüßenswerte Folge haben, daß man den geborenen Verbrecher, den man ja an seinen körperlichen Abnormitäten erkennen könnte, rechtzeitig in sichere Verwahrung nimmt. Nach Auffassung von *Lenz* soll die alte Lehre *Lombrosos*, daß der geborene Verbrecher einer besonderen primitiven Urrasse des Menschengeschlechtes angehöre, nicht ohne ein Körnchen von Wahrheit sein. Es sei nicht zu leugnen, daß Verbrecher recht oft Züge aufwiesen, die an den Neandertal-Menschen oder sonstige primitive Rassen erinnerten durch vorspringende massige Kiefer, fliehende Stirn u. a. Es sei ganz gut möglich, daß von frühdiluvialen Rassen Europas noch Erbanlagen in der europäischen Bevölkerung zerstreut vorhanden seien und daß ihre Träger mit den Forderungen des sozialen Lebens besonders leicht in Widerstreit gerieten (vergleiche Fall 21 u. 36). Nach *v. Rohden* ist der geborene Verbrecher immerhin keine leere Fiktion, er soll wirklich existieren, allerdings nicht in der von seinem Entdecker angenommenen anthropologischen Form, sondern in einer psychopathologischen Varietät. Er sei teilweise identisch mit jenem wohlumschriebenen Psychopathentyp, der zunächst als moral insanity Eingang in die Literatur gefunden habe, heute als gemütloser Psychopath bezeichnet würde. Die Determiniertheit des geborenen Verbrechers läge eben nicht auf körperlichem, sondern auf psychischem Gebiete. *Stumpfl* meint, die vielfach noch stark verbreitete Anschauung, die in den Verbrechern vorwiegend schizoide Psychopathen erblicke, sei letzten Endes »nichts anderes, als der *Lombroso*sche Gedanke noch einmal, aber in starker Verdünnung«. Unbestreitbar ist nach *Meggendorfers* Überzeugung die erbliche Bedingtheit des Verbrechers durch besondere Erbanlage im Sinne der Vitalrasse. *Luxemburger* aber betont, daß es eine Vererbung der Verbrecheranlage nicht gäbe, da das Verbrechen ein viel zu willkürlich abgezweigter Begriff sei, als daß sich erwarten lasse, daß schon in der Keimsubstanz sich diesbezügliche vorbedingte Anlagen fänden. *Gruhle* meint, die Annahme eines einheitlichen verbrecherischen Charakters, erst recht die Annahme der Ererbtheit des Charakters entspringe einem sachunkundigen Dilettantismus, gibt aber doch zu, daß es Charaktere besonderer aber in sich verschiedener Art gebe, die in der Schicht des Proletariats im alten Sinne zum Verbrecher dieser oder jener Art werden müssen. Also schaltet auch er die Persönlichkeitsartung nicht gänzlich aus. *Stumpfl* kommt zu dem Ergebnis, daß Geisteskrankheit und Verbrechen keine gemeinsame Wurzel hätten.

Digitized by Google

Die 100 Untergebrachten in

Tabelle IV

Diagnosen:	100	26	10	5	15
		Angeb. Schwachsinn	Schwachsinn + Psychopathie	Pfropfhebephrenie	Schizophrenie
Leichtere familiäre Belastung	22	6	1	1	6
Schwerere familiäre Belastung	18	7	3	1	2
Kriminalität in der Sippe	6	1	1	1	1
Vater Potator	17	7	4	1	2
Degenerationszeichen: einfach	13	5	1	1	1
Degenerationszeichen: mehrfach	20	9	3	1	3
Ungünstiges Milieu	18	5	3	1	5
Uneheliche Geburt	5		2		1
Waise	8	3	1		2
Schlechte Schulerfolge	39	17	5	4	2
Hilfsschulbesuch	10	8	2		
Fürsorgeerziehung	16	4	5		2
Kein ordentlicher Beruf bzw. in der Lehre versagt	49	20	9	4	5
Invalide	12				1
Alkoholmißbrauch	13	1	1	1	
Tripper	7	1	1		2
Syphilis	5				
Früh. Anstaltsaufenthalt	37	9	4	1	6
Suizidversuche	10			3	5
Zuerkennung des früheren § 51	12	5	1		
Entmündigt wegen: Geistesschwäche	5	5			
Entmündigt wegen: Geisteskrankheit	2	1			1
Entmündigt wegen: Trunksucht	2				
Ledig	62	24	8	4	10
Verheiratet	26	2		1	4
Verwitwet	1				
Geschieden	11		2		1
Arbeitshaus	4		1		3
Trinkerasyl	2				
Vorstrafen: Gefängnis	36	9	5	1	3
Vorstrafen: Zuchthaus	9	3	2	1	
Einmal vorbestraft	6	2		1	1
Mehrfach vorbestraft	11	2	2		
Mehr als 4mal vorbestraft	28	8	5	1	2
Gleichartiger Rückfall	28	9	3	1	2
Verwandter Rückfall	9	2	1		
Fremdartiger Rückfall	7	3	2		

Digitized by Google

soziolog. und klinischer Hinsicht

Paraphrenie	Zirkul. Irresein	Erbl. Fallsucht	Erworb. Fallsucht b. traum. Hirnschw.	Paralyse	Lues cerebri	Erbl. Syphilis (Juv. Paralyse)	Postenzephalitis	Dem. arterisklerot.	Dementia senilis	Psychopathie	Alkoholismus	Süchtigkeit	Querulantenwahn	Alkoholparanoia
3	3	6	2	4	1	1	3	2	4	5	4	4	1	1
1		1	1	1						2		2		
	1	2								2				
		1								1				
	1	2												
				1			3			1				
1		2		1										
	1	2	1											
									1	1				
1													1	
1		4	1				1		1	2	1			
		2								2		1		
	1	2	1		1		1			2	1	2		
1		1	1				1	1	3	1	1		1	
	1	1	1						1	1	4			1
1											2			
		1		3	1									
2	1	3	2	3						3		3		
	1		1											
		1	1				1		1	1		1		
											1			1
2	1	2		1		1	1		3	2	2	1		
	1	3	2	2	1		1	1		3	2	3		
								1						
1	1	1		1			1		1				1	1
											1			1
		4	2	3			1	1		3	2	2		
										1	1		1	
		1										1		
		1	1				1	1		1	2			
		2		2	1					3	1	2	1	
		2	1	2			1	1		4	1		1	
		1			1				1		1	2		
			1								1			

Digitized by Google

Trunk verneint ebenfalls eine eigentliche Erbanlage zur Kriminalität, ist aber nicht im Zweifel darüber »daß anlagemäßige Voraussetzungen zum Verbrecher, kriminoplastische Voraussetzungen, zwingend vorhanden sein müssen«. *Többen* hält bezüglich der hervortretenden Ursachen der Verbrecherlaufbahn die Anlage, insbesondere die psychopathische Konstitution und die ererbten spezifischen Formen verbrecherischer Betätigung im Sinne *Fetschers* bedeutungsvoller als das Milieu. Daß die Psychopathen den Kern der Kriminalität bilden, betonen alle psychiatrischen Forscher auf dem Gebiete der Kriminalbiologie. Die Deliktsbereitschaft der Psychopathen ist ja letzten Endes nur ein Ausdruck ihres abnormen Seelenlebens, die Kriminalität nur ein Symptom ihrer minderwertigen Konstitution. Lediglich diese Anlage, auf der die Sozialschädlichkeit mit Unterstützung eines schlechten Milieus wuchert, gilt als vererbbar. Von dem psychopathischen Gelegenheitsverbrecher gilt das Wort *Aschaffenburgs*, daß sie zwar nicht, wie *Lombroso* geglaubt hat, als Verbrecher, aber doch zum Verbrecher geboren werden. In einem Aufsatz über Wege und Ziele der erbbiologischen Erforschung der Rechtsbrecher erklärt *Rüdin*, daß vieles dafür spreche, daß gewisse Rechtsbrecher mehr oder anders psychopathisch oder debil seien als andere Rechtsbrecher oder als Unbescholtene, und daß, wenn diese seelischen Abnormitäten erblich seien, sich auch Differenzen in Art und Grad der Erblichkeit ergäben, und es müßten sich dann »wenigstens als ergänzendes Hilfsmittel für die Benutzung der Prognose eines Kriminellen auch Rückschlüsse ziehen lassen von den hereditären Verhältnissen auf das voraussichtliche weitere Verhalten dieser Rechtsbrecher gegenüber der menschlichen Gesellschaft selbstverständlich immer in Mitanrechnung der äußeren Umstände«.

Die *Kretschmer*schen Forschungen über Körperbau und Psychose haben der Kriminalanthropologie im engeren Sinne neuen Inhalt gegeben, indem die Frage nach Entartungszeichen heute wieder an Bedeutung gewonnen hat und nun die ist, ob es äußere Merkmale des Körpers gebe, auf Grund deren man auf krankhafte Erbanlagen schließen könne. *Kaldewey* zitiert als richtungweisend für die äußere Erkennung erbbiologischen Geschehens das Gesetz der polytopischen Manifestationen, nach welchem sich bei der Bildung der Keimblätter Änderungen an einer Stelle dieses Systems auch an anderen bemerkbar machen. Da sowohl die Haut mit ihren Anhangsgebilden, wie das Zentralnervensystem demselben Keimblatt, dem Ektoderm entstammten, dürfte man annehmen, daß das Keimblatt seine Vertretung in einer bestimmten Chromosomenreihe haben müsse, deren Gene in bestimmter Weise miteinander mehr oder weniger verknüpft seien. So könne man aus bestimmten Erscheinungen an den äußeren Bedeckungen des Körpers unter Umständen

Digitized by Google

auf bestimmte Zustände am Zentralnervensystem schließen. Als klassisches Beispiel wird von *Kaldewey* auf das Bild der tuberösen Sklerose hingewiesen: »Wenn wir einen solchen Ausschlag sehen, so können wir daraus mit Sicherheit auf einen Schwachsinn des Trägers, sowie auf eine eigenartige Ganglienzellveränderung schließen.« Als körperliche Anzeichen der erblichen Entartung, Stigmata hereditatis, pflegt man gewisse Entwicklungsfehler zu betrachten, welche sich mit einiger Häufigkeit bei erblich belasteten Personen vorfinden, lautet die Definition *Kraepelins*. Zu den psychopathischen Eigenschaften des Verbrechers rechnet *Lombroso* auch die Neigung, sich tatauieren zu lassen, doch ist die Tatauierung kein Zeichen des Verbrechertums, in Deutschland wenigstens nur eine Unsitte. Der Inhalt der Darstellung mag allenfalls Schlüsse auf den Träger gestatten. In 33 v. H. Fällen unseres Materials wurden Degenerationszeichen beobachtet, darunter 20mal mehrfach festgestellt. Bei 26 Fällen von angeborenem Schwachsinn fanden sich Degenerationszeichen 14mal, bei 10 Fällen von Schwachsinn und Psychopathie 4mal, bei 5 Fällen von Pfropfhebephrenie 2mal, bei 18 Fällen der Schizophrenie, einschließlich Paraphrenie, 5mal und bei 6 Fällen von erblicher Fallsucht 2mal, ebenso 2mal bei 4 Fällen von Paralyse. Diese Feststellungen sind immerhin beachtlich. Ungünstige Umwelt wurde bei 18 v. H. festgestellt: 5mal bei angeborenem Schwachsinn, 3mal bei Schwachsinn plus Psychopathie, 6mal im Formenkreis der Schizophrenie, 1mal bei Manisch-Depressivem Irresein, 2mal bei erblicher Fallsucht und 1mal bei erworbener Epilepsie. Schlechte Schulerfolge ergaben sich 39mal, dazu kommt noch Hilfsschulbesuch in 10 Fällen. 16mal war Fürsorgeerziehung angeordnet worden. 49 v. H. haben keinen ordentlichen Beruf erlernt, bzw. im Beruf versagt. Von den erwähnten 10 Suizidversuchen wurden 8 von Schizophreniekranken gemacht, bei den beiden anderen Fällen lauteten die Diagnosen auf zirkuläres Irresein und erworbene Epilepsie. 45 v. H. sind vorbestraft: 36 mit Gefängnis, 9 mit Zuchthaus. Allein 28 sind mehr als 4mal vorbestraft, 28mal handelt es sich um gleichartige Rückfälle. Von 26 Rechtsbrechern mit angeborenem Schwachsinn sind 12, von 10 Fällen mit Schwachsinn plus Psychopathie sind 7, von 5 Fällen reiner Psychopathie sind 4 vorbestraft. 37 v. H. sind bereits früher in Anstaltsbehandlung gewesen, und zwar 9 Fälle von angeborenem Schwachsinn, 4 von Schwachsinn in Kombination mit Psychopathie, 9 Schizophrenien einschließlich Propfhebephrenien und Paraphrenien, je 3 Fälle von erblicher Epilepsie, Paralyse, Psychopathie und Süchtigkeit, 2 Fälle von erworbener Epilepsie und 1 Fall von zirkulärem Irresein.

Wenn man Tabelle V betrachtet mit ihren Beziehungen zwischen Lebenslauf und Hauptdelikt, so fällt besonders auf, daß bei

Digitized by Google

Beziehungen zwischen Lebenslauf und Hauptdelikt, das zur Unterbringung führte.

Tabelle V

	100	1	1	1	46	2	7	4	17	1	7	3	1	8	1
	Delikte:	Vergehen wider die öffentl. Ordnung (Hausfriedensbruch)	Meineid	Falsche Anschuldigung	Verbrechen wider die Sittlichkeit	Beleidigung	Verbrechen wider das Leben	Körperverletzung	Diebstahl und Unterschlagung	Raub u. Erpressung	Betrug u. Untreue	Urkundenfälschung	Sachbeschädigung	Gemeingef. Verbrechen (Brandstiftung)	Politisches Vergehen (heimtückische Angriffe a. Staat u. Partei)
Erbliche Belastung	22		1		8	1		1	5		1	2		3	
Schwere Belastung	18				8		1		5	1	2			1	
Kriminalität in der Sippe	6				2		1		3						
Vater Potator	17				8				4		2		1	2	
Degenerat.-zeichen einfach	13				10			1			2				
Degenerat.-zeichen mehrfach	20				12				3	1	2			2	
Ungünstiges Milieu	18				6		4		3	1			1	2	1
Uneheliche Geburt	5				4			1							
Waise	8			1	6									1	
Schlechte Schulerfolge	39	1	1		23		1	1	5		2		1	3	1
Hilfsschulbesuch	10				7				2		1				
Fürsorgeerziehung	16				7				7			1	1		
Kein ordentl. Beruf bzw. in der Lehre versagt	49	1	1		29				8		5	1	1	2	1
Invalide	12			1	8		1	1							1
Alkoholmißbrauch	13	1			7		1	1	1		1		1		
Tripper	7	1			2		1	1	1		1				
Syphilis	5				1				4						
Früherer Anstaltsaufenthalt	37		1		11	1	1	1	11		3	3		5	
Suizidversuche	10		1		3		2		1					3	
Zuerkennung des früheren § 51	12		1		8				1		1	1			
Entmündigt wegen Geisteskrankheit	5				4				1						
Entmündigt wegen Trunksucht	2				1									1	
	2							1			1				
Ledig	62	1			32	2	1	1	12	1	4	1	1	5	1
Verheiratet	26		1		7		5	2	4		2	2		3	
Verwitwet	1				1										
Geschieden	11			1	6		1	1	1		1				
Arbeitshaus	4				1				1		1				1
Trinkerasyl	2							1			1				
Vorstrafen Gefängnis	36	1	1		14		3	1	12		2	1	1		
Vorstrafen Zuchthaus	9			1	4				1		3				
Einmal vorbestraft	6				2		1		2			1			
Mehrfach vorbestraft	11	1	1		6			1	2						
Mehr als 4mal vorbestraft	28			1	8				10		7	1	1		
Gleichartiger Rückfall	28			1	14		1		10		2				
Verwandter Rückfall	9				3			1	1		3	1			
Fremdartiger Rückfall	7	1	1		3						1		1		

den 46 v. H. Verbrechen wider die Sittlichkeit 16mal erbliche Belastung erwiesen ist, darunter ist 8mal Trunksucht des Vaters festgestellt. Bei den 46 Sittlichkeitsverbrechern sind 22mal Degenerationszeichen beobachtet und zwar 12mal mehrfache Zeichen. 23mal war bei ihnen der Schulbesuch schlecht, hinzu kommen noch 7 Fälle von Hilfsschulbesuch und 7 Fälle von Fürsorgeerziehung. 29 haben keinen ordentlichen Beruf erlernt, bzw. in der Lehre versagt, 7 ergaben sich dem Alkoholmißbrauch, 3 haben Geschlechts-

Digitized by Google

krankheiten durchgemacht, 11 waren bereits früher in Anstalten untergebracht, 3 begingen gelegentlich Suizidversuche, 8 erhielten schon früher den § 51 zuerkannt, 5 wurden wegen Geistesstörung entmündigt, 32 sind unverheiratet; 14 wurden mit Gefängnis, 4 mit Zuchthaus, 8 öfter als 4mal vorbestraft (14mal wegen gleichartigen Rückfalles). — Bei 17 Fällen von Diebstahl und Unterschlagungen ist 1omal erbliche Belastung erwiesen, 4mal ergab sich Trunksucht des Vaters, 3mal lagen mehrfache Degenerationszeichen vor, 5mal schlechte Schulerfolge, 2mal Hilfsschulbesuch und 7mal Fürsorgeerziehung. 8 von 17 Eigentumsverbrechern haben keinen ordentlichen Beruf erlernt, bzw. in der Lehre versagt; 11 waren bereits früher in Heilanstaltsbehandlung gewesen, 12 waren mit Gefängnis, 1 mit Zuchthaus bestraft, indem 10 öfter als 4mal vorbestraft sind; dabei handelte es sich in 10 Fällen um gleichartigen Rückfälle. Bezüglich der übrigen Verhältnisse muß auf die Tabelle verwiesen werden.

Schließlich gibt Tabelle VI Auskunft über Altersstufe, Beruf, Stand einerseits, sowie erstem und letztem Hauptdelikt andererseits. Die Feststellung betreffs der vorliegenden Altersstufen bei Begehung der ersten Straftat ist nur lückenhaft. Bei den 11 Tätern unter 20 Jahren bildet das erste Delikt in 4 Fällen Verbrechen wider die Sittlichkeit, in 1 Falle Verbrechen wider das Leben, 6mal liegen Eigentumsdelikte vor. Unter die Altersstufe zwischen 20 und 29 Jahren fallen 8 Täter, davon 1 mit Vergehen gegen die öffentliche Ordnung, 4 mit Verbrechen wider die Sittlichkeit, je einer mit Verbrechen wider das Leben, mit Diebstahl und mit Betrug. Zur Altersstufe zwischen 30 und 39 Jahren gehören 2 Täter mit Verbrechen einmal wider die Sittlichkeit und einmal wider das Leben. Im Alter zwischen 40 und 49 Jahren finden wir als Erstlingsdelikt ein Sittlichkeitsverbrechen. In der Altersstufe von 50—59 Jahren finden sich keine Erstlingsverbrechen, in den höheren Altersstufen solche, die als Erstlingsverbrechen gleichzeitig die Unterbringung in eine Heil- oder Pflegeanstalt zur Folge hatten, sie fallen daher mit der nachfolgenden Gruppe z. T. zusammen. Bei Begehung der Straftat, die zur Unterbringung nach § 42b oder § 126a führte, handelt es sich um 4 Täter unter 20 Jahren, darunter 1 Sittlichkeitsverbrecher, 1 Brandstifter und 2 Eigentumsverbrecher. In der Altersstufe von 20 bis 29 waren von 25 Rechtsbrechern 12 Sittlichkeitsverbrecher, 3 verübten Verbrechen wider das Leben und 4 Eigentumsdelikte, die übrigen je Beleidigung, Erpressung, Betrug, Urkundenfälschung, Sachbeschädigung und Brandstiftung. Zur Altersstufe zwischen 30 und 39 Jahren gehören 33 Kriminelle, davon sind fast die Hälfte (15) Sittlichkeitsverbrecher, 8 sind Diebe. Von den 18 Tätern im Alter von 40 bis 49 Jahren sind beispielsweise 7 Sittlichkeitsverbrecher. Unter den 12 Rechtsbrechern in

Digitized by Google

Beziehungen zwischen Altersstufe, Beruf, Stand einerseits sowie erstem und letztem Delikt andererseits

Tabelle VI

Altersstufe bei Begehung der ersten Straftat:	Delikte:	100	1	1	1	46	2	7	4	17	1	7	3	1	8	1
			Vergehen wider die öffentl. Ordnung (Hausfriedensbruch)	Meineid	Falsche Anschuldigung	Verbrechen wider die Sittlichkeit	Beleidigung	Verbrechen wider das Leben	Körperverletzung	Diebstahl und Unterschlagung	Raub u. Erpressung	Betrug und Untreue	Urkundenfälschung	Sachbeschädigung	Gemeingefährliche Verbrechen (Brandstiftung)	Politisches Vergehen
11 unter 20 Jahren						4		1		6						
8 von 20—29 Jahren			1			4		1		1		1				
2 von 30—39 „						1		1								
1 von 40—49 „						1										
0 von 50—59 „																
3 von 60—70 „						2	1									
1 über 70 Jahre						1										
Altersstufe bei Begehung der Straftat, die zur Unterbringung nach § 42b oder § 126a führte:																
4 Unter 20 Jahren						1				2					1	
25 von 20—29 Jahren						12	1	3		4	1	1	1	1	1	
33 von 30—39 „				1		15		2	1	8		2	2		1	1
18 von 40—49 „					1	7		1		2		3			4	
12 von 50—59 „						5		2	1	1		2			1	
4 von 60—70 „						2	1		1							
4 über 70 Jahre						4										
Stand:																
62 ledig			1			32	2	1	1	12	1	4	1	1	5	1
26 verheiratet				1		7		5	2	4		2	2		3	
1 verwitwet						1										
11 geschieden					1	6		1	1	1		1				

Digitized by Google

der Altersstufe zwischen 50 und 59 Jahren befinden sich 5 Sittlichkeitsverbrecher. Bei den bisherigen Altersstufen machen durchschnittlich immer die knappe Hälfte Sittlichkeitsverbrecher aus. Von 4 Kriminellen in der Altersstufe zwischen 60 bis 70 Jahren sind bereits die Hälfte (2) Sittlichkeitsverbrecher. Doch bei den 4 Tätern über 70 Jahren handelt es sich in allen 4 Fällen um Sittlichkeitsdelikte, also wäre das eine Steigerung der Sittlichkeitsdelikte der hier untergebrachten geistig abnormen Rechtsbrecher in dieser Altersstufe auf 100%. Zum Vergleich seien die Beobachtungen beigezogen, die *Kort* in seiner Arbeit über 242 Sittlichkeitsverbrecher zusammengestellt hat. Das häufigste Delikt war mit 58% das an Kindern verübte Sittlichkeitsverbrechen, dann folgten mit 15% die exhibitionistischen Delikte, mit 10% Notzuchtsversuche, mit 9% widernatürliche Unzucht und mit 5% Blutschande. 60% der Täter waren zur Zeit der Tat nicht verheiratet, 35% aller Täter rückfällige Sittlichkeitsverbrecher, 30% aller Täter verübten die strafbare Handlung unter Wirkung des Alkohols. Mit den fraglichen Fällen war fast ein Drittel aller Täter zur Zeit der Ausübung der Straftat zurechnungsunfähig, vermindert zurechnungsfähig galten 7,5%. Die große Mehrzahl (62%) der Täter stand im jugendlichen und mittleren Alter bis zum 40. Lebensjahr, wobei die größte Täterzahl mit 17% die Altersklasse von 26 bis 30 Jahren aufwies. Im 41. bis 50. Jahre folgte eine ganz erhebliche Verminderung der Täterzahl, die im 51. bis 55. Jahre wieder einen starken Aufstieg aufwies, dem in den folgenden Altersklassen ein starker Rückgang folgte. Beteiligt an fast allen Sittlichkeitsdelikten waren mit 31% die Psychopathen, mit 21% die schwachsinnigen Täter, von denen die weitaus meisten sich an Kindern vergingen. Zur Zeit der Tat litten an Schizophrenie 7%, an seniler Demenz 6,5%, an Epilepsie 5%. Bei 10% der Täter konnte nichts Abnormes festgestellt werden, obschon 61% als zurechnungsfähig anerkannt waren. *Fetscher*, *Meggendorfer* und andere haben nachgewiesen, daß die Neigung zur Begehung von Sittlichkeitsverbrechen in großem Maße erblich bedingt sei. Als Beitrag für die Vererblichkeit geistiger Minderwertigkeit mit verbrecherischen Neigungen erschien noch kürzlich in einer Tageszeitung (Völkischer Beobachter vom 23. Mai 1937) ein Artikel »Erbliche Minderwertigkeit fördert das Verbrechen«, der ein Gegenstück liefert zu dem bekannten Beispiel der Familie Kalikak. Der Artikel lautet: Das Wohlfahrtsamt einer westdeutschen Stadt hat kürzlich in einer eingehenden Berechnung zusammengestellt, welche Unkosten eine minderwertige Familie der mittelgroßen Stadt bisher gemacht hat. Es handelt sich um eine erbkranke Familie, bei der allein 80 Angehörige große Aufwendungen erforderten. Die Ausgaben konnten bis in die achtziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts zurückverfolgt werden. Rund 80 Mit-

Digitized by Google

glieder der Familie erhielten insgesamt 201 Bestrafungen, 19 Kinder mußten in Zwangserziehung gebracht werden, während allein 10 weibliche Angehörige dieser Familie Dirnen waren. Der deutsche Staat mußte für diese erbkranke Familie bisher insgesamt 205000 RM. aufwenden. Davon hätten allein 68 Siedlungshäuschen errichtet werden können. Die hohe Summe von 205000 RM. entspricht etwa dem, was tausend deutsche Arbeiter an Steuern zahlen. 133 Arbeiter müßten 1 Jahr lang arbeiten, um die Summe von 205000 RM. aufzubringen.

Kehren wir nun zu unseren eigenen Beobachtungen zurück. Wenn man berücksichtigt, daß seit der ersten Unterbringung hier am 21. 4. 1934 bis zum Stichtag am 11. 6. 1937 auf Grund des Gesetzes vom 24. Nov. 1933 durch Gerichtsbeschluß bereits 130 Männer und 18 Frauen der Heilanstalt Eickelborn zugeführt worden sind, so bedeutet das einen durchschnittlichen Zugang von 1 abnormen Rechtsbrecher wöchentlich. 105 Männer und 16 Frauen wurden gemäß § 42b untergebracht. 24 Männer und 2 Frauen wurden auf Grund des § 126 eingewiesen, davon wurden noch 6 Männer und 1 Frau später zur Unterbringung nach § 42b verurteilt. Insgesamt wurden bisher 4 Männer und 1 Frau aus der Unterbringung entlassen, weil der Zweck der Unterbringung erreicht war. 3 Männer wurden in andere Anstalten übergeführt. 1 Rechtsbrecher war gemäß § 42c hier untergebracht gewesen, ist aber inzwischen in eine andere Anstalt übergeführt. 2 Männer und 1 Frau sind hier an interkurrenten Krankheiten inzwischen verstorben. Am Stichtag ergab sich ein Bestand von 103 Männern und 15 Frauen, die auf Grund des § 42b untergebracht sind, und 7 Männern, deren vorläufige Unterbringung gemäß § 126a erfolgt ist. Von den z. Zt. in der Heilanstalt Eickelborn durch Gerichtsbeschluß Untergebrachten befinden sich augenblicklich nur 13 Männer im gesicherten Bewahrhaus für Geisteskranke mit gemeingefährlichen Neigungen, darunter Fall Nr. 3, 8, 18, 25, 28, 35, 71, 81, 83, 98 u. 99. Auf anderen Wacheabteilungen der Anstalt befinden sich 33 Männer und 10 Frauen, auf Nichtwacheabteilungen sind sogar 64 Männer und 5 Frauen untergebracht.

Was die Haltung der hier untergebrachten vermindert Zurechnungsfähigen anbetrifft, so kann man sagen, daß sie durchweg befriedigend ist, indem sich erstaunlicher Weise gerade die Debilen und Psychopathen ohne besondere Schwierigkeiten in die Hausordnung einfügen, wenngleich auch die Beobachtung gemacht werden mußte, daß einige schwachsinnige Sittlichkeitsverbrecher, sofern man sie auf freiere Abteilungen verlegt hatte, versuchten, ihren homosexuellen Neigungen hier erneut nachzugehen (Fall 2, 10, 14, 20, 65). Im allgemeinen wissen die Untergebrachten sehr wohl, daß nicht der Arzt, sondern der Staatsanwalt sie in der An-

Digitized by Google

stalt zurückbehält, weshalb sie sich kaum gegen Arzt und Heilanstalt auflehnen. Hat doch die Erfahrung gelehrt, daß die Auffassungen der Staatsanwaltschaften über diese Rechtsbrecher strenger sind als die Beurteilungen der Heilanstalt, deren Befürwortungen von der Staatsanwaltschaft nicht allzuleicht nachgegeben wird. Es sei nur daran erinnert, daß sich die Staatsanwaltschaft ablehnend verhalten hat gegenüber dem untergebrachten Sittlichkeitsverbrecher, der seine Freiheit mit einer Entmannung erkaufen wollte, obgleich eine Entmannung diesseits ärztlich befürwortet worden war (Fall 8). Im übrigen soll hier über den sehr umstrittenen Wert der Kastration nicht gesprochen werden, aber nachdem der Gesetzgeber auch die freiwillige Kastration als therapeutische Maßnahme gestattet hat, sollte m. E. nicht allzu engherzig davon Gebrauch gemacht werden, zumal die freiwillige Kastration doch immerhin ein Opfer für die davon Betroffenen bedeutet und somit als ein Beweis ihres ernsten Besserungswillens gelten darf, dem man Rechnung tragen sollte. Im übrigen wird der Entmannte ja nicht mehr allzu viel Unheil anrichten können, selbst wenn sein Sexualtrieb noch nicht erloschen sein sollte. Die beiden Entmannten unserer Statistik (Fall 21 und 70) behaupten, daß ihre sexuelle Triebhaftigkeit völlig erloschen sei; ob ihre Angaben stimmen, muß dahin gestellt bleiben; Beobachtungen über das Fortbestehen ihrer sexuellen Triebhaftigkeit konnten diesseits nicht gemacht werden. Was nun die Einstellung vornehmlich der vermindert Zurechnungsfähigen zur Unterbringung anbetrifft, so gilt das gleiche, was *Többen* von der Einstellung der Verurteilten zur Sicherungsverwahrung nach § 42e berichtet. Auch die Unterbringung nach § 42b wird ebenfalls als ein großes Übel betrachtet, zumal sie an eine ungewisse Dauer gebunden ist. Kein Rechtsbrecher hat mehr Verlangen nach dem § 51. Eine übrigens etwas kritische Frage ist die, ob die geistig abnormen vermindert zurechnungsfähigen Rechtsbrecher für die Dauer der Unterbringung irgend einen Anspruch auf Rente der Landesversicherungsanstalten haben. Im allgemeinen wurde diesseits bei Rentenanträgen die Zuerkennung der Rente ärztlich abgelehnt. Der Versuch, die Untergebrachten zur Entlastung der Anstalten und auch in Anerkennung guter Führung im Einvernehmen mit der Staatsanwaltschaft in Familienpflege zu tun, ist nur vereinzelt geblieben (Fall 33) und mißglückt, es soll aber demnächst mit 2 weiteren Untergebrachten (Fall 11 und 71) ein erneuter diesbezüglicher Versuch gewagt werden. Für eine Überführung aus der Unterbringung in die Sicherungsverwahrung sind nicht nur eine Reihe von vermindert Zurechnungsfähigen, sondern auch einige nach § 51 Abs. 1 freigesprochene, psychisch gebesserte, Rechtsbrecher ärztlich als geeignet befunden, die übrigens nicht einmal die unangenehmsten Insassen

Digitized by Google

der Anstalt sind (Fall 8, 23, 28, 70, 81, 82, 95, 100). Was nun die Frage der Dauer der Unterbringung anbetrifft, so ist nach dem Urteil der behandelnden Anstaltsärzte bei 8 Untergebrachten die Voraussetzung einer Entlassung aus der Unterbringung vor, bzw. mit Ablauf der 3 Jahre erfüllt (es handelt sich um die Fälle 28, 33, 67, 71, 81, 83, 85, 100), wenn man die bereits Entlassenen (Fall 15, 31, 40, 54) hinzuzählt, ergeben sich insgesamt nur 12%, die im Verlauf von 3 Jahren als entlassungsreif gelten. Bei 19 weiteren Untergebrachten ist die Frage nach der Notwendigkeitsdauer noch völlig unentschieden, in allen übrigen Fällen wird eine Fristverlängerung über 3 Jahre hinaus mit Bestimmtheit ärztlich als notwendig erachtet.

Im allgemeinen ist bezüglich der Prognose der Besserung bzw. der Frage, wann der Zweck der Unterbringung erreicht ist, zu sagen, daß dieses Ziel bei den Untergebrachten in erster Linie von ihrem Geisteszustand abhängt. *v. Rohden* stellt für die Praxis der sogenannten Prognoszierung der Kriminellen den Leitsatz auf, daß die Prognose ceteris paribus um so ungünstiger sei je ausschließlicher die endogene Komponente nachzuweisen wäre. Die anlagebedingten Verbrecher seien grundsätzlich nicht beeinflußbar, die umweltbedingten Verbrecher dagegen der Erziehung zugänglich. *Viernstein* gibt dem Kriminellen mit vorwiegend schizothymen Reaktionstypen eine schlechte soziale Prognose, während die Besserungsfähigen überwiegend Zyklothyme seien, überhaupt sollen die Pykniker unter den schweren Verbrechern recht selten sein. Zu einem entsprechenden Ergebnis kommt *Meggendorfer* an seinen 2 Gruppen von sogenannten moralischen Irren, indem er eine schlechte Prognose feststellte, wenn die Heredität eine schizophrene, eine gute, wenn sie nur eine psychopathische oder hysterische sei. Was aber über die Prognosen der Temperamentskreise im Sinne *Kretschmers* gesagt ist, gilt wohl auch für die Rechtsbrecher mit ausgesprochenen Psychosen. *v. Rhoden* zitiert einen treffenden Ausspruch des verstorbenen Kriminalbiologen *Klug:* »Es gibt vielleicht keinen absoluten Unverbesserlichen, wohl aber einen gewissen Prozentsatz freiheitsunfähiger Krimineller. Dieser Prozentsatz erweist sich als ungeeignet für erzieherische Beeinflussung. Die Dauerverwahrung für diese Gruppe von Kriminellen bedeutet eine Sicherung für sie selbst und eine Sicherung der Gesellschaft.« Von *Wulffen* wurde festgestellt, daß 80% der anlagemäßig bedingten Verbrecher eine ungünstige soziale Prognose hätten, während umgekehrt 80% der ganz oder vorwiegend umweltbedingten Verbrecher eine günstige soziale Prognose besäßen. Es sei übrigens eine scharfe Trennung zu ziehen zwischen den Kontrasttypen der verbesserlichen und unverbesserlichen und wieder zwischen den zurechnungsfähigen, vermindert zurechnungsfähigen und völlig zurechnungsunfähigen Rechtsbrechern.

Digitized by Google

Die Statistik hat u. a. gezeigt, daß es sich bei über 2 Drittel der Untergebrachten um Erbkranke handelt. Unter diesen Erbkranken spielen mit über 50% die schwachsinnigen Rechtsbrecher die Hauptrolle, von denen mehr als die Hälfte Sittlichkeitsdelikte beging, wobei wieder über die Hälfte Sittlichkeitsverbrechen an Kindern bilden. Bei den Untergebrachten kommen also die endogen schwachsinnigen Elemente gehäuft vor, sie belaufen sich, wenn man neben den debilen Psychopathen noch die Pfropfhebephrenen hinzurechnet, wie oben schon gesagt, sogar auf 41% aller gerichtlich Untergebrachten, verkörpert ja der angeborene Schwachsinn auch unter den gesetzlich anerkannten Erbkrankheiten das Hauptübel alles erbbiologisch Minderwertigen. Die Maßnahmen des Gesetzes vom 24. Nov. 33 bewähren sich ihrerseits als ein wertvolles Hilfsmittel zur Erreichung der Aufartung unseres Volkes. Durch die Internierung der nicht unter das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses fallenden Asozialen, die bei ihrer Sozialschädlichkeit doch eine Gefahr für die Erhaltung der rassischen Gesundheit des Volkes darstellen, kann deren unerwünschte Fortpflanzung auch ohne Sterilisation verhindert werden, bilden doch z. B. die Psychopathen unter Einbeziehung der Alkoholiker, der Süchtigen und der Reaktiven 15% der Untergebrachten.

In einem von *W. Romberg* unterzeichneten Artikel der Westfälischen Landeszeitung vom 30. Juli 1937 sind einige Zahlen zusammengestellt über solche Rechtsbrecher, gegen welche die Gerichte zur Anordnung der Maßregeln der Sicherung und Besserung schreiten mußten. Im Jahre 1936 wurde insgesamt gegen 750 Personen die gerichtliche Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt nach § 42b angeordnet; unter diesen gehört etwa die Hälfte zu den vermindert Zurechnungsfähigen. Rund 1900 Personen wurden insgesamt in ein Arbeitshaus und 139 in eine Trinkerheil- oder Entziehungsanstalt gebracht. Der Artikel besagt weiter, daß in den laufenden Strafverfahren 1934 bis 1936 in 3200 Fällen auf Sicherungsverwahrung nach § 42e erkannt worden sei, und zwar zeige die Zahl in den einzelnen Jahren eine deutliche Tendenz zur Abnahme: 1934 seien es rund 1600, 1935 rund 800 und 1936 nur 700 Fälle gewesen, Zahlen, die eindrucksvoll für die Wirksamkeit der Maßnahmen in der Unschädlichmachung und Ausrottung des Berufsverbrechertums durch »Verwahrung« des einzelnen Rechtsbrechers sprächen. Der Zeitungsartikel gibt noch einige statistische Einzelheiten über die Maßregeln der Sicherung und Besserung bekannt: Im dritten Vierteljahr 1936 wurden in Deutschland rund 85000 Personen wegen Verbrechen und Vergehen gegen Reichsgesetze verurteilt und nur bei 486 dieser Personen, d. h. 0,6 v. H., wurde neben der Strafe auf eine Maßregel der Sicherung und Besserung erkannt. Unter diesen befanden sich 120 Diebe und

Digitized by Google

75 Betrüger je in wiederholtem Rückfalle (also mit mindestens drei Vorstrafen wegen Diebstahls oder Betrugs), gegen die in der Hauptsache Sicherungsverwahrung angeordnet wurde, sowie 267 Landstreicher, unverbesserliche Bettler, Trunkenbolde oder sonstige liederliche Personen, die in das Arbeitshaus wanderten.

Im Dritten Reich haben Arzt und Richter eine Fülle neuer verantwortungsvoller Aufgaben hinzubekommen, Aufgaben, die sie in viel höherem Maße berühren als lediglich Gesetzesparagraphen, und die gleicherweise Arzt und Richter in völkischem Sinne angehen. Ist doch der Arzt heute selber Richter geworden, indem er als Beisitzer in den Erbgesundheitsgerichten fungiert. Aber auch das neue nationalsozialistische Strafrecht verlangt eine besonders verständnisvolle und innige Zusammenarbeit zwischen Richter und medizinischem Sachverständigen. Ich möchte diese Arbeit nicht schließen ohne Erwähnung des Vorspruches im Entwurf des kommenden Strafrechtes, der also lautet:

»Überzeugt, daß das neue Strafrecht von nationalsozialistischer Grundanschauung durchdrungen sein muß, hat die Reichsregierung dieses Gesetz beschlossen und übergibt es dem deutschen Volke. Das gesunde Empfinden des Volkes für Recht und Unrecht bestimmt Inhalt und Anwendung des Strafrechtes:

Sühne für Unrecht,
Schutz des Volkes,
Festigung des Willens zur Gemeinschaft sind

Sinn und Zweck des Strafrechtes.

Ehre und Treue,
Rasse und Erbgut,
Wehrhaftigkeit und Arbeitskraft,
Zucht und Ordnung

zu wahren, ist seine Aufgabe.
Das Bekenntnis

'Gemeinnutz geht vor Eigennutz'

gibt ihm die Prägung.«

Digitized by Google

Schrifttum.

Burchardt: Kriminalität in Stadt und Land. Abhandlungen des Kriminalistischen Institutes an der Universität Berlin. Verlag Walter de Gruyter & Co., Berlin u. Leipzig 1936.

Creutz: Der Einfluß der erblichen Belastung und der Umwelt der Kriminellen. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 95. Bd., Jahrgang 1931.

Eiserhardt: Bewahrungsgesetz und Strafrechtsreform. Zeitschrift für psychische Hygiene. 4. Bd., 1931.

Freiherr v. Gemmingen: Strafrecht im Geiste Adolf Hitlers, Heidelberg 1933, Carl Winter, Universitäts-Buchhandlung.

Göring: Die Gemeingefährlichkeit in psychiatrischer, juristischer und soziologischer Beziehung. Berlin, Verlag von Julius Springer, 1915.

Gruhle: Vererbungsgesetze und Verbrechensbekämpfung. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. 23. Jahrgang, 1932.

Hartmann: Über die hereditären Verhältnisse bei Verbrechern. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. 1. Jahrgang, 1904/05.

Heindl: Der Berufsverbrecher. Jahrbuch der Charakterologie, Berlin, 1926.

Hürten: Die textliche Bedeutung des Gesetzes gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung. Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, 39. Jahrgang 1937, Nr. 3.

Hürten: Anschauungen, Beobachtungen und Erfahrungen über die Unterbringung gemeingefährlicher Geisteskranker in dem festen Bewahrhaus der Prov. Heilanstalt zu Eickelborn i. Westf. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie. 98. Band, Heft 1—4, 1932.

Inglessis: Kriminalanthropologische Betrachtungen. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. 97. Bd., Jahrgang 1932.

Kaldewey: Stellung und Aufgabe der Heil- und Pflegeanstalten im neuen Reiche. (Ziel u. Weg. Zeitschrift des N. S. D. Ae. B., Dezember-Heft 1933).

Kort: 242 Sittlichkeitsverbrecher. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform, 25. Jahrgang, 1934.

Krassnuschkin: Der Verbrecher. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. 18. Jahrgang, 1927.

Kurella: Die soziologische Forschung und Cesare Lombroso. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. 3. Jahrgang, 1907.

Lange und *Exner:* Die beiden Grundbegriffe der Kriminologie. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. 27. Jahrgang, 1936.

Leppmann: Die praktische Bedeutung und die Ausbaufähigkeit der Sicherungsmaßregeln bei Zurechnungsunfähigkeit im Sinne des Reichsgesetzes vom 24. Nov. 1933. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. 25. Jahrgang, 1934.

Meggendorfer: Auf dem Wege zu einem nationalsozialistischen Strafrecht. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie. 6. Jahrgang, 1934.

Meggendorfer: Gerichtliche Psychiatrie. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie. 3. Jahrgang, 1931.

Meggendorfer: Das kommende deutsche Strafrecht. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie. 8. Jahrgang, 1936.

Meggendorfer: § 51 St.G.B. und Rassenpflege. Zeitschrift für psychische Hygiene. 7. Bd., 1934.

Digitized by Google

Nicolai: Die rassengesetzliche Rechtslehre, Grundzüge einer nationalsozialistischen Rechtsphilosophie. Verlag Franz Eher, München, 1932.

Riedl: Über Beziehungen von geistig-körperlicher Konstitution zur Kriminalität und anderen Defekten. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. 23. Jahrgang, 1932.

v. Rohden: Gibt es unverbesserliche Verbrecher? Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. 24. Jahrgang, 1933.

v. Rohden: Lombrosos Bedeutung für die moderne Kriminalbiologie. Archiv für Psychiatrie. 92. Bd., Jahrgang 1930.

Rüdin: Wege und Ziele der biologischen Erforschung der Rechtsbrecher mit besonderer Berücksichtigung der Erbbiologie. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. 22. Jahrgang, 1931.

Der Stufenstrafvollzug und die kriminalbiologische Untersuchung der Gefangenen in den bayerischen Strafanstalten, München, 1926.

Stumpfl: Erbanlage und Verbrechen, Charakterologische und psychiatrische Sippenuntersuchungen (Verlag Julius Springer, Berlin 1935).

Többen: Die Maßregeln der Sicherung und Besserung nach § 42a. Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin 1936. 26. Bd.

Trunk: Soziale Prognosen an Strafgefangenen. Monatsschrift für Kriminalbiologie und Strafrechtsreform. 28. Jahrgang, 1937. Heft 5.

Trunk: Unterbringung in Heil- und Pflegeanstalten als Sicherheitsmaßnahme. Zeitschrift für Psychische Hygiene. 9. Bd., Heft 4, 1936.

Viernstein: Über Kriminalbiologie. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 98, Jahrgang 1932.

Villinger: Kriminalbiologie. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie. 1. Jahrgang, 1929.

Villinger: Kriminalbiologie. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie. 4. Jahrgang, 1932.

Wilmanns: Die sogenannte verminderte Zurechnungsfähigkeit als zentrales Problem der Entwürfe zu einem Deutschen Strafgesetzbuch, Verlag Julius Springer, Berlin, 1927.

Wulffen: Kriminalpsychologie. Verlegt bei Langenscheidt, Berlin, 1926.

Digitized by Google

Methodisches zur Insulin-Schocktherapie.

Von

J. Deussen, Oberarzt an der Landesheilanstalt Haina (Kassel)
(Direktor: Landesobermedizinalrat Dr. **Zeiß**).

Jeder Versuch einer auf die schizophrene Erkrankung selbst gerichteten Behandlung ist nicht nur wärmstens zu begrüßen, sondern auch aktiv zu unterstützen. Dies gilt besonders für die Insulinschocktherapie. Nach den bisher vorliegenden Stoffwechseluntersuchungen scheint die Hypoglykämiebehandlung tatsächlich an einem entscheidenden »Schaltpunkt« des körperlichen Geschehens im schizophrenen Organismus einzugreifen und damit mittelbar den psychischen Ablauf des Krankheitsprozesses zu beeinflussen. Darüber hinaus wird von einigen Autoren auch eine direkte psychische Wirkung infolge der durch den Schock hervorgerufenen Bewußtseinsausschaltung angenommen.

Die Nachuntersuchungen ergaben bisher dort, wo wenigstens ungefähr nach den Vorschriften *Sakel*s verfahren und eine genügende Anzahl von Kranken behandelt wurde, günstige Resultate.

*

Es ist deshalb, um bald ein sicheres Urteil zu gewinnen, erwünscht, daß das *Sakel*sche Verfahren an möglichst allen Kliniken und Anstalten Eingang findet. Dem stehen jedoch vor Beginn der Nachprüfung bereits erhebliche Schwierigkeiten entgegen, welche nicht selten durch Angehörige und Kassen bei der Genehmigung der Kur gemacht werden. Eine persönliche Fühlungnahme scheint am ehesten zur Aufklärung geeignet. Darüber hinaus bedient man sich vielleicht mit Vorteil der folgenden Vordrucke. *v. Braunmühl* betont, daß von den Angehörigen die schwere Entscheidung zur Genehmigung einer Insulinkur gern in die Hand des Arztes gelegt wird. Mir ist es andererseits schon oft vorgekommen, daß von dem Angehörigen eine Insulin-Schocktherapie als letztes Rettungsmittel geradezu verlangt wurde.

Schemabrief für die Kostenträger[1]).

Betrifft: Insulin-Schock-Behandlung für . . . . . .

Der obengenannte Patient ist an einer Schizophrenie erkrankt und wird in unserer Klinik verpflegt. Ich beabsichtige, bei ihm die

[1]) Etwas abgeändertes Formular der Freiburger Klinik.

Digitized by Google

Insulin-Schock-Therapie durchzuführen. Nach den bisherigen klinischen Erfahrungen des In- und Auslandes ist zu erwarten, daß durch diese eingreifende Behandlungsweise der Krankheitsprozeß günstig beeinflußt und vor allem wesentlich abgekürzt wird.

Die Behandlung selbst bedingt aber durch die täglich erforderlichen Medikamente (Insulin in hohen Dosen, Traubenzuckerlösungen, Adrenalin-Injektionen, täglich neue Bettwäsche infolge des enormen Schwitzens im Schock) zusätzliche Kosten: nach unserer Berechnung durchschnittlich täglich RM. 1.50. Die Behandlung dauert im Durchschnitt 1—2 Monate.

Die voraussichtliche Abkürzung der Behandlung und damit des Krankenhaus-Aufenthaltes, die Verhinderung des Überganges in chronisches geistiges Siechtum und der damit verbundenen Anstaltsverwahrung bringt dem Kostenträger trotz der vorübergehenden Kostenvermehrung um RM. 45.— im Monat — auf die Dauer gesehen — eine wesentliche Einsparung.

Ich bitte um Genehmigung dieser Sonderbehandlung und um Übernahme unserer Selbstkosten mit RM. 1.50 je Behandlungstag.

Schemabrief für die Verständigung der Angehörigen[2]). Mitteilung über Insulin-Schockbehandlung.

Sehr geehrte . . . . . .

Bei Ihre . . . . . handelt es sich um ein Leiden, das zu dauernden und schweren seelischen Störungen führen kann und dessen Besserung oder Heilung auch im günstigen Falle bei bloßem Zuwarten sehr lange Zeit in Anspruch nehmen wird. Wir halten es deshalb für richtig, bei de.. Kranken demnächst eine Insulin-Schockbehandlung vorzunehmen. Dies ist ein neues Verfahren, das schon verschiedentlich mit Erfolg angewendet worden ist und heute die einzige Möglichkeit bietet, diese schwere geistige Erkrankung heilend anzugehen.

Da die Behandlung eingreifend ist und — wenn auch in seltenen Fällen — Lebensgefahr mit sich bringen kann, möchten wir Sie von unserer Absicht unterrichten. Zu einer persönlichen Besprechung steht der Abteilungsarzt gern zur Verfügung. Wenn Sie uns binnen 8 Tagen keinen Bescheid geben, nehmen wir Ihr Einverständnis an.

*

Beginnt man die Insulin-Schockbehandlung, so entsteht die Schwierigkeit, daß nur körperlich geeignete Kranke auszuwählen sind. Ferner muß die Dauer des Prozesses sichergestellt sein und vor allem — die Diagnose. Mit Recht wird über den großen »Sammeltopf« der Schizophrenie geklagt. Die Versuche einer Abtrennung von selbständigen Krankheitsformen konnten aber bislang nicht überzeugen. Der Gesamtverlauf zeigte stets wieder die Zugehörigkeit zur Gruppe der Schizophrenie. Trotzdem ist zu

[2]) Etwas veränderter Schemabrief v. Braunmühl's.

Digitized by Google

empfehlen, zur Diagnose der betreffenden Kranken vor Beginn der Insulinkur außerdem die charakteristische Erscheinungsform hinzuzufügen und — wenn möglich — die Verlaufsart. Die nicht ganz seltenen Mischformen mit dem zirkulären Irresein sollten besonders hervorgehoben werden. Noch wichtiger erscheint aber bei der Diagnosenstellung ein Hinweis auf den Intelligenzbefund, auf körperliche Stigmata einschließlich des etwaigen enzephalographischen Befundes und auf die erbliche Belastung. Es wird hierdurch vielleicht möglich, in Zukunft doch einmal wenigstens zwei auch prognostisch verschiedene Formen der Schizophrenie zu unterscheiden: solche mit und solche ohne ausgesprochene heredogenerative Merkmale. Mag man hierin aber auch dieser oder jener Meinung sein, zur Beurteilung des Erfolges der Insulin-Schocktherapie spielt dies gegenüber der Richtigkeit der Hauptdiagnose »Schizophrenie« eine untergeordnete Rolle.

Eine Vergleichbarkeit der Resultate wird unmöglich, sobald keine Einhelligkeit über diejenigen Symptome herrscht, die zur Diagnose einer Schizophrenie unbedingt notwendig sind. Infolge des Erbgesundheitsgesetzes hat sich zwangsweise die Notwendigkeit einer gewissenhaften und scharfen Begriffsbestimmung ergeben. Die Diskussion über die grundsätzliche Definition der Schizophrenie ist jedoch noch längst nicht abgeschlossen. Am ehestens annehmbar erscheint die von *K. Schneider* kürzlich gegebene, allerdings rein negative Definition der Schizophrenie[3]) als einer nicht wesentlich von äußeren Ursachen bestimmten und nicht aus krankhafter Änderung des Gemütslebens allein ableitbaren Psychose. *K. Schneider* bezeichnete als spezifisch schizophren: »Gedankenlautwerden, Stimmen in Form von Rede und Gegenrede, Begleitung des Tuns mit halluzinierten Bemerkungen, körperliche Beeinflussung, Gedankenentzug, Gedankeneingebung und -beeinflussung, echter Wahn als Beziehungssetzung ohne Anlaß, gemachte Impulse«. Ob man sich nun auf diese Begriffsbestimmung einigt oder auf eine andere, — wichtig ist vor allem, daß man sich überhaupt einigt. Denn es ist klar, daß man Behandlungsergebnisse erst dann vergleichen kann, wenn man auch dieselbe Krankheit behandelte.

*

Von Wichtigkeit ist ferner, daß man die Insulinbehandlung in gleicher Weise durchführt. Ich kenne verschiedene Nachprüfungen, deren Ergebnisse deshalb unverwertbare sind, weil die Methode zu sehr von den *Sakel*schen Vorschriften abweicht. Zugegeben, daß diesen Vorschriften schwierig nachzukommen ist und daß dies vielleicht sogar eine kaum erlernbare Intuition verlangt,

[3]) Vgl. D. m. W., **1937**, 25.

Digitized by Google

so müßte doch wenigstens in allen Anstalten, welche die Insulin-Schock-Behandlung durchführen, das Verfahren dem Stand der bisherigen Forschung entsprechen. Man sollte ein eigenes Experimentieren (wenigstens bei der Mehrzahl der Fälle) unterlassen und möglichst die modifizierte *Sakel*sche Methode anwenden[4]). Diese ist gegenüber der ursprünglichen zwar komplizierter, bietet aber den großen Vorteil der individuellen Anpassung und hat wohl auch — den veröffentlichten Resultaten zufolge — die besten Aussichten auf Erfolg. Heute übt fast jeder Autor noch seine eigene Behandlung aus. Am weitesten differieren von *Sakel* anscheinend die Polen, welche nach »hypoglykämischen Stunden« rechnen (*L. Baranowski* und Mitarbeiter). *Meerloo* setzt sich für eine Insulin-Barbitalkur ein, *G. W. B. James* und Mitarbeiter kombinieren die Hypoglykämie-Behandlung mit der Cardiazol-Schocktherapie *v. Meduna*'s, *v. Pap* gibt nur alle 2—3 Tage einen Insulinschock, und zwar insgesamt höchstens 20—30mal usw. Es ist erstaunlich, daß die ursprüngliche *Sakel*sche Methode diese einschneidenden Variationen anscheinend verträgt, ohne wertlos zu werden.

Hat man sich über das Grundsätzliche der Methode einmal geeinigt, müßte in zweiter Linie die Durchführung selbst normiert werden. *Sakel*[5]) und *v. Braunmühl*[6]) haben zu diesem Thema schon ausführliche Anleitungen veröffentlicht, so daß an dieser Stelle nicht viel darüber zu sagen ist. Jedenfalls darf man aber die Wichtigkeit der hier in Frage kommenden praktischen Dinge nicht unterschätzen. Möglicherweise spielt die Milieuwirkung, die sich während der Behandlung herausbildende sogenannte »Saalgemeinschaft« u. ä. eine große Rolle. Von Bedeutung ist ferner die Kenntnis der möglichen Gefahrenquellen (Hungerkrawall, hypoglykämisches Erbrechen, epileptische Anfälle und Myoklonismen, Kollaps, Stimmritzenkrampf, Nicht-aus-dem-Schock-Herauskommen, paradoxe Reaktion bei Zuckerzufuhr, Nachschock, übermäßige Salivation und Aspiration von Nahrung, Fieber und traumatische Verletzungen), die Kenntnis der Komplikationen während der Behandlung (Insulin-Resistenz, Sensibilisierung, »Adaption«) und ihre Bekämpfung, bzw. Beherrschung. Bei der japanischen Statistik der Universität Keijo traten die beiden Todesfälle (Koma und Pneumonie) bei insgesamt 27 behandelten Kranken infolge Unerfahrenheit der Ärzte und des Pflegepersonals ein, wie offen zugegeben wird.

---

[4]) Mitgeteilt in der »Wiener med. Wochenschr.«, II., S. 1278—1282 (1936).

[5]) *M. Sakel,* Neue Behandlungsmethode der Schizophrenie, Wien und Leipzig, 1935.

[6]) A. v. Braunmühl, Psych. neur. Wochschr., **1937**, 15.

Digitized by Google

Zur bestmöglichsten Behandlung und genauen Beobachtung der Kranken empfiehlt es sich, dem Pflegepersonal eine fortlaufende Tabelle zu geben, wie sie hier wiedergegeben wird.

Tabelle für das Pflegepersonal.

Datum: **Lfd. Nr.:**

Name	Beginn der Behandlung:	Insulin-Einheiten:	Beginn der Erregung:	Zeit der ersten Zuckungen:	Anfallszeit:	Zeit, wo der Kranke unweckbar geworden ist:	Zeit, wo der Schock zu unterbrechen ist:	Zeit, wo unterbrochen worden ist:	Beendigung der Behandlung:	Trank der Kranke selbst:	Sondenfütterung:	Traubenzuckerinjektion (Menge):	Sonstige Mittel:	Zuckermenge, die der Kranke durch die Sonde erhielt:	Besondere Beobachtungen während der Behandlung und Beobachtungen über das Verhalten des Kranken vor, in und nach dem Schock
1)															
2)															

Nach deren Durchsicht bestimmt der Arzt am Abend schon die Insulin-Dosis, welche er am nächsten Morgen verabreichen will. Er selbst kann während der Behandlung dann auf eigene Aufzeichnungen verzichten, bzw. sich auf Ergänzungen der Pflegerbeobachtungen beschränken. Eine Exploration der Kranken soll ja wegen ihrer seelischen Verletztbarkeit während der Behandlung sowieso nicht erfolgen. Nach Abschluß der Kur füllt der leitende Arzt eine Kartei-Karte aus, wie sie schon *v. Braunmühl* angegeben hat und die von uns modifiziert wurde (s. S. 344).

*

Der behandelnde Arzt hat am Ende der Kur zu entscheiden, welche Remission er als erreicht ansehen will. (Eine hypothetische »Nachreifung«, von der *Küppers* in einer persönlichen Mitteilung sprach, sollte der Einheitlichkeit der Auswertung wegen zunächst nicht abgewartet werden). Der Beurteilung des Remissionsgrades setzen sich große Schwierigkeiten entgegen. Die bisherigen Veröffentlichungen der Nachuntersucher sind öfters unvergleichbar, weil ein ganz verschiedener Maßstab angelegt wurde. Es empfiehlt sich, auch hier gewisse Normen aufzustellen. Die Annahme einer solchen Remissionseinteilung, die im folgenden versuchsweise angegeben wird, könnte erhebliche Vorteile bezüglich der Vergleichbarkeit der Behandlungsresultate mit sich bringen (s. S. 345).

Digitized by Google

Karteikarte für Insulinschockbehandlung.

Heil- und Pflegeanstalt:

Name und Beruf: geb.: Kr. Nr.:

Zugang am: Geburtsort: Wohnort:

Diagnose:
Unterform:
Verlaufsart:
Körperbau:
Vererbung:

Früherer Klinik- oder Anstaltsaufenthalt
von: bis: in:

Erkrankungsbeginn | Monat und Jahr / Alter

Kurze Anamnese:

Behandlungsbeginn nach dem Erkrankungsbeginn

Besondere Reaktionen bei der Schockbehandlung: Somnolenz? Paradoxe Reaktion? Schwere Weckbarkeit? Epileptische Anfälle? Temperaturanomalie?

Psychischer Status	Körperlicher Status	Blutstatus:	Blutbild:	Blutzucker:
Vor der Behandlung:	Vor der Behandlung:			
Während der Behandlung:	Während der Behandlung:			
Nach der Behandlung:	Nach der Behandlung:			

Bemerkungen (Dauer des Behandlungserfolges, weiterer Verlauf u. a.):

Behandlungsübersicht

Insulinkur vom:
bis:

Behandlungsdauer in Tagen:

Wiederholungen

vom: bis:
vom: bis:
vom: bis:

Behandlungsdauer bei Wiederholungen:

1. Phase	Dauer:	
2. Phase	Schockzahl:	
3. Phase	Dauer:	
Schontage	Zahl:	
Epileptische Anfälle	Zahl:	

Gesamtmenge des Insulins:

Hersteller des Insulins:

Ergebnis

	+ +
	+
	(+)
	(—)
	—
	— —

Soziale Beurteilung:

Entlassen am:

Digitized by Google

Tabelle zur Beurteilung der Behandlungserfolge.

++ Vollremission:	1. berufsfähig, auch in selbständiger Stellung 2. ohne subjektiv oder objektiv erkennbare Symptome psychotischer Art 3. keine Defekte in der Intelligenz-, Gefühls- und Willenssphäre der Gesamtpersönlichkeit nachweisbar 4. Krankheitseinsicht vorhanden.
+ Gute Remission:	1. berufsfähig 2. schizophrene Prozeß-Symptome objektiv nicht erkennbar 3. leichte Defekte in der Intelligenz-, Gefühls- und Willenssphäre bei psychiatrischer Untersuchung erkennbar 4. keine vollständige Krankheitseinsicht.
(+) Defekt-Remission:	1. nicht mehr für einen verantwortungsvolleren oder selbständigen Beruf fähig 2. schizophrene Symptome psychotischer Art noch objektiv nachweisbar, subjektiv bejaht 3. Defekte in der Intelligenz-, Gefühls- oder Willenssphäre für den Laien erkennbar 4. Verdacht auf Dissimulation bezüglich der Krankheitseinsicht.
(—) Bloße Beruhigung:	1. unter besonderen Verhältnissen (Arbeitstherapie oder besondere Pflege) wieder arbeitsfähig 2. schizophrene Symptome objektiv noch deutlich, aber gemindert vorhanden, subjektiv verneint 3. schizophrene Persönlichkeitsstörungen (Störung in der Intelligenz-, Gefühls- und Willenssphäre) für den Laien erkennbar 4. Fehlen der Krankheitseinsicht nicht erkennbar oder deutliche Dissimulation.
— Keine Remission:	1. unter besonderen Verhältnissen (Arbeitstherapie) kaum arbeitsfähig 2. psychotische Erscheinungen im alten Umfang 3. langsames Fortschreiten schizophrener Störungen in der Intelligenz-, Gefühls- und Willenssphäre 4. Fehlen der Krankheitseinsicht.

Digitized by Google

— — Verschlechterung:

1. nicht mehr arbeitsfähig, auch nicht innerhalb der Arbeitstherapie
2. Vertiefung der psychotischen Erscheinungen schizophrener Art, von denen der Kranke völlig beherrscht wird
3. rasch fortschreitender völliger Persönlichkeitszerfall
4. evtl. Gesundheitsgefühl, jedenfalls völlig ohne Einsicht in die Schwere des Krankheitsprozesses.

Praktische Beurteilung in sozialer Hinsicht.

++	+	(+)	(—)	—	——
entlassungsfähig			anstaltsverwahrungsbedürftig		

Langelüddeke betont (nach einer persönlichen Mitteilung), daß es bei der Entscheidung des Remissionsgrades nicht darauf ankommen dürfe, ob tatsächlich eine Entlassung erfolgte. Es gibt bekanntlich Fälle, wo die Kranken von ihrer Familie aus der Behandlung herausgeholt werden, obwohl sie noch nicht entlassungsfähig waren und umgekehrt. Die Beurteilung der Remission sollte im übrigen entsprechend derjenigen Gruppe erfolgen, deren Voraussetzungen die Kranken am besten erfüllen. Die soziale Brauchbarkeit ist gemeinhin am höchsten zu bewerten. Als berufsfähig sind auch Kranke anzusehen, die nur wegen besonderer Bestimmungen nicht wieder für ihren alten Beruf in Frage kommen. Bestehen Zweifel, sollte der Kranke in die nächst schlechtere Gruppe eingeordnet werden.

Ist über diese Fragen eine gewisse Übereinstimmung erzielt worden, bleibt immer noch zu entscheiden, welche Prozentzahlen der Remissionen als zweifelsfreier Erfolg der Insulin-Schock-Therapie anzusehen sind. Bekanntlich herrscht keine Einigkeit über die Anzahl der zu erwartenden Spontanremissionen bei der Schizophrenie. *Lange* spricht von 20%, *Mayer-Groß* von 35%, *Küppers* bei ersten Schüben von 50%. Bevor diese Frage diskutiert wird, muß aber zunächst einmal — wie gesagt — feststehen, was alles als Remission zu bezeichnen ist. Zweifellos würde aber von echten Heilungen durch die Insulinschockbehandlung zu sprechen sein, wenn die *Sakel*schen Resultate (bei frischen Fällen 88% »gute Remission«, 70% »Vollremission«, — bei alten Fällen 47,8% »gute Remission« und 19,6% »Vollremission«) wenigstens annähernd erreicht würden. Bislang kann man nur sagen, daß eine Abkürzung der Psychose, zumindest aber eine allgemeine Beruhigung und darüber hinaus eine auffallende Krankheitseinsicht durch die Insulinschockbehandlung erzielt zu werden scheint.

Digitized by Google

(Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Leipzig
Direktor Prof. Dr. *Schröder*.)

Zur Frage der Dosierung bei der unspezifischen Paralysetherapie.

Von

Hans Büssow.

Mit 1 Tafel.

Die letzten Jahre scheinen die Entwicklung der unspezifischen Paralysetherapie zu einem gewissen Abschluß gebracht zu haben.

Unsere Ansichten über ihren Wirkungsmechanismus, ihre Indikation und ihre Erfolgsaussichten haben sich, wie die Kongreßreferate des Jahres 1935 zeigen [1]), seit der zusammenfassenden Darstellung des ganzen Gebietes durch *Dattner* [2]) nicht mehr wesentlich geändert.

Ein Überblick über die jetzt langsam abebbende Flut der Veröffentlichungen zeigt mit aller Deutlichkeit, daß sich die Initiative der Forschung ganz überwiegend auf dem Gebiete der Einführung und Erprobung immer wieder neuer unspezifisch wirkender Mittel der verschiedensten Herkunft betätigt hat; das Problem der Dosierung der einzelnen Mittel ist diesen Versuchen gegenüber in den Hintergrund getreten.

Daß die Überlegenheit der Infektionstherapie, insbesondere der Malaria, über die vielen anderen Mittel das Endergebnis der Erfahrungen des letzten Jahrzehnts ist, kann wohl nicht mehr ernstlich bestritten werden. Trotzdem beweist die nie zur Ruhe kommende Suche nach anderen Heilmethoden, wie stark das Bedürfnis nach einem nicht aus der Reihe der Infektionskrankheiten stammenden Mittel ist. Wenn gerade Autoren, die die Überlegenheit der Malaria ohne weiteres anerkennen, wie *Kihn*, die Vertreibung einer Infektionskrankheit durch eine andere nicht als ideales therapeutisches Vorgehen bezeichnen, so bedeutet eine solche Äußerung nicht ein theoretisches Bedenken gegenüber einem therapeutischen Prin-

[1]) *Jahnel*, Z. Nervenheilk. Bd. 136, S. 111.
Demme, ebenda S. 130.
Kihn, ebenda S. 169.

[2]) *Dattner*, Moderne Therapie der Neurosyphilis, Wien 1933. (Sämtliche Arbeiten *Dattners* sind nach dem Buch zitiert.)

Digitized by Google

zip, sondern es kommt darin die Erfahrung von der Gefährlichkeit der Behandlungsweise zum Ausdruck.

So verschieden auch die einzelnen Forscher die Gefahren der Malariakur einschätzen mögen, wird es doch wohl niemand geben, der sie nicht gerne mit einer anderen Methode vertauschen würde, die — gleiche therapeutische Wirksamkeit vorausgesetzt — diese Gefahren auf irgendeinem Wege vermiede. Es sind ja nicht nur die Todesfälle, sondern auch die chronischen paranoid-halluzinatorischen Zustandsbilder, die die Prognose der Malariakur besonders trüben.

Wie weiter unten angeführt werden soll, läßt uns der heutige Stand unserer Kenntnisse schon bis zu einem gewissen Grade die Gründe erkennen, warum die Versuche, die Malaria durch ein ungefährlicheres Fiebermittel zu ersetzen, nicht zum Erfolge geführt haben. Wir wissen heute, daß die besondere Gefährlichkeit und die besondere therapeutische Wirksamkeit der Malaria eng miteinander verknüpft sind. Wenn wir auf Grund der heute allgemeingültigen Ansichten einen prinzipiell gleichen Wirkungsmechanismus aller unspezifischen Mittel annehmen, muß uns von vornherein jeder Versuch wenig aussichtsreich scheinen, durch die Einführung eines neuen Mittels von malariaartiger Wirkung den therapeutischen Effekt von dem gefährdenden zu trennen.

Diese Erkenntnis verwies uns auf einen anderen Weg, nämlich den der systematischen Untersuchung der Anwendungsweise oder, besser gesagt, der Dosierung der bisher bekannten Mittel.

Hier bietet sich der Forschung noch ein weites Arbeitsfeld. Bisher ist die Dosierungsfrage nur ganz vereinzelt und, soweit wir sehen, nur bei der Malaria Gegenstand einer besonderen Betrachtung gewesen. Wenn *Kihn* noch vor kurzem das Fehlen eines Maßstabes für die richtige Dosierung der Malaria beklagte, trifft dies für die übrigen Methoden noch viel mehr zu, von ihnen gilt auch heute noch der Ausspruch *Joßmanns*[3]) aus dem Jahre 1932; wir wissen über ihre optimale Dosierung so gut wie nichts.

In der vorliegenden Arbeit soll über unsere Erfahrung mit kleinsten Mengen unspezifisch wirkender Mittel berichtet werden. Dabei erübrigt es sich wohl, darauf hinzuweisen, daß mit der von uns angewandten Methode keine Standardtherapie empfohlen werden soll. Es kam uns lediglich darauf an, zu zeigen, unter welchen Bedingungen die kleinen Mengen der unspezifischen Mittel wirksam werden.

Durch Klärung dieser Frage hoffen wir, eine Richtlinie für weitere Bemühungen um die rationellere Ausgestaltung unserer unspezifischen Paralysebehandlung gegeben zu haben.

---

[3]) Z. Psych. Bd. 96, S. 208.

Digitized by Google

Die geringe Beachtung, die die Dosierungsfrage bisher in der Literatur gefunden hat, nötigt uns, die Prinzipien, die für die Dosierung der verschiedenen Mittel bisher maßgebend waren, aus der großen Zahl der Einzelarbeiten zu rekonstruieren.

Dabei wird es sich nicht vermeiden lassen, daß längst wieder obsolet gewordene Mittel ebenso erwähnt werden wie solche, deren Dosierung zur geläufigen Alltagstechnik der Paralysebehandlung gehört. Manches wird wiederholt werden müssen, was in dem *Dattner*schen Buche eingehend abgehandelt worden ist. Unsere Darstellung erhebt nicht im Entferntesten Anspruch auf Vollständigkeit, es sollen von den bekanntesten Mitteln neben der absoluten Höhe Einzelgaben und deren Gesamtzahl das Ausmaß der erreichten Heilwirkung und die Neben- oder besser gesagt die Allgemeinwirkungen vergleichend besprochen werden.

Keine wesentliche Rolle spielt für unsere Betrachtungsweise die bekannte Schwierigkeit, den Anteil der unspezifischen Therapie und der spezifischen Nachbehandlung am Heilerfolg abzuschätzen. Der Vergleich der unspezifischen Methoden untereinander wird dadurch erleichtert, daß sie fast alle in dieser Hinsicht unter denselben Bedingungen stehen; fast alle sind nur im Zusammenhang mit spezifischer Behandlung angewendet worden. Am Beginn der Tuberkulintherapie der Paralyse war das Quecksilber das Mittel der Nachbehandlung, seither sind fast alle später in Anwendung gekommenen Mittel mit einer Nachbehandlung durch Arsen- und Wismutpräparate kombiniert worden.

Die Einführung der Malaria stellt ein so bedeutendes Ereignis in der Entwicklung der unspezifischen Therapie dar, daß die Einteilung in eine Vor- und Nachmalaria-Epoche berechtigt ist. Auch hinsichtlich des Dosierungsproblems heben sich diese beiden Abschnitte von einander ab. So soll auch unsere einleitende Darstellung die Gruppe der vor der Malaria verwendeten Mittel von den späteren gesondert behandeln.

Wie fast alle anderen heute noch aktuellen Probleme der unspezifischen Paralysetherapie trat auch das Dosierungsproblem schon bald im Verlauf der Entwicklung der Tuberkulinbehandlung in den Jahren von 1900—1914 in Erscheinung. Die bekannte ursprüngliche Methode *Wagner-Jaureggs* [4]) begann mit Injektion von ½—1 mg Tuberkulin; die Dosierung wurde bei zweitägigem Abstand der Injektionen so gesteigert, daß bei Temperaturen von 37 und 37,5° das 1½fache der vorangehenden Dosis, bei Temperaturen von 37,5 und 38° das 5/4fache injiziert wurde. Bei Fieber über 38° wurde die gleiche Dosis wiederholt. Nach der 12.—18. Einspritzung

[4]) Alle Arbeiten *Wagner-Jaureggs* sind zitiert nach: »Fieber- und Infektionstherapie, Wien 1936.

Digitized by Google

war die Behandlung beendet. *Wagners* Schüler *Pilcz* [5]) teilte die mit der Tuberkulininjektion erzielten Temperatursteigerungen in 4 Grade, deren obere Grenze bei 37,5—38,5°—39,5 und über 39,5° lagen. Aus der von ihm aufgestellten Tabelle geht hervor, daß von den mit starker und sehr starker Temperatur reagierenden Kranken mehr das 4. Jahr nach der Behandlung überlebten. Auf Grund dieser Tatsache scheint man der Behandlung mit starken Reaktionen bald den Vorzug gegeben zu haben, jedenfalls finden wir, daß in der Serie von Paralytikern, über die *Pappenheim* und *Volk* [6]) berichteten, die meisten Kranken zur Erzeugung starker Reaktionen täglich mit Verdopplung der letzten Dosis behandelt wurden. In einzelnen Fällen wurde die Zahl der Injektionen gesteigert, vor allem bei schwach reagierenden Kranken. So finden sich neben 9—12 auch 25—35 mal injizierte Kranke.

Maßgebend für die Bewertung des Erfolges war die klinische Besserung, die nach den Statistiken von *Pilcz* in 60% der Fälle eintrat und in 26% zur Wiederherstellung der Berufsfähigkeit führte. Obwohl Rezidive nach eingetretener psychischer Besserung häufig waren, haben nach *Dattner* noch 1926 einige von den vor 1909 behandelten Kranken gelebt.

Über die Beeinflussung des Liquors durch die Tuberkulinbehandlung geben uns die Untersuchungen von *Pappenheim* und *Volk* [7]), die den Liquor in Abständen von ½—5 Monaten nach Beginn der Behandlung kontrollierten, einen gewissen Aufschluß. Innerhalb dieser Zeitspanne war der Zellbefund in 15,6% der Fälle normal geworden, bei insgesamt 41,6% hatte er sich bedeutend gebessert. Der Eiweißbefund war in 23,4%, die Liquor-Wa.R. in 18,2% der Fälle deutlich gebessert.

Die starke Rezidivneigung der tuberkulinbehandelten Fälle findet ihren serologischen Ausdruck darin, daß man bei der überwiegenden Mehrzahl der Kranken, die nach dem 3. Monat nachpunktiert wurden, nur geringe Veränderungen des Liquors — meist nur mäßigen Zellrückgang — sah, während die nach 1—2 Monaten nachuntersuchten einen relativ viel stärkeren Zellrückgang aufwiesen. Ferner lassen die Tabellen erkennen, daß die mit starker Fiebersteigerung Behandelten im Allgemeinen wesentlich stärkere Liquorbesserungen aufzuweisen hatten als die, deren Fieber sich zwischen 38 und 39° bewegt hatte.

In neuerer Zeit hat die Tuberkulinbehandlung eine Modifikation erfahren, die für unser Thema von besonderer Bedeutung ist. Im Jahre 1925 begann *Dattner* Kranke mit spätlatenter Lues, Tabes und

[5]) Z. f. Neur. 1911, Bd. 4.
[6]) Jahrbuch Bd. 36, S. 356.
[7]) Jahrbch. Bd. 36, S. 356.

Digitized by Google

ues cerebri mit sogenannten Mikrodosen von Tuberkulin zu behandeln. Er ging dabei von der Annahme aus, daß es durch die Tuberkulinbehandlung mit den üblichen fieberauslösenden Dosen zu einer Sprengung der Anergie des Körpers komme, deren Vorhandensein wesentliche Vorbedingung für die Entwicklung der Paralyse sei. Eine Behandlung mit unterschwelligen Dosen führe zu einer langsam erfolgenden Erhöhung der Reizschwelle bis zur Ausbildung einer Hyperergie oder einer positiven Anergie, es handele sich um eine Desensibilisierung im Sinne *Storm v. Leeuwen's*. *Dattners* Anfangsdosis ist $^1/_{1000}$ mg Alttuberkulin. Es wird solange jeweils um das Doppelte gesteigert, als sich nicht die geringste lokale oder allgemeine Reaktion, zu welcher auch Abgeschlagenheit, Nachtschweiß, Gliederschmerzen gehören, einstellt. Die Injektionen gibt *Dattner* nur zweimal wöchentlich, da der auf die Injektion folgende Tag noch der negativen Phase angehöre, der dritte Tag erst die volle Erholung bringe und die Injektion nur bei ungeschwächter Resistenz des Organismus gegeben werden solle. Da die zu erreichende Tuberkulinkonzentration möglichst 1 mg betragen soll, ist zu dieser Behandlung eine größere Anzahl von Injektionen nötig, etwa bis zu 30. Bei der Behandlung der latenten Lues und der Tabes erzielte *Dattner* sehr gute Erfolge. Wie aus seinen Veröffentlichungen hervorgeht, hat er auch einige Fälle von beginnender Paralyse erfolgreich behandelt.

Bei der Dosierung des Tuberkulins war die erzielte Temperaturreaktion maßgebend gewesen, dagegen sahen *Donath* [8]) und *Fischer* [9]), die gleichzeitig 1909 das Natrium nucleinicum bei der Paralyse anwandten, den Heilfaktor bekanntlich in der Leucocytose; der Temperatursteigerung maßen sie nur sekundäre Bedeutung zu. Die angewandten Dosen unterschieden sich bei beiden Autoren, *Fischer* gab 0,5 gr in Abständen von 3—5 Tagen, *Donath* dagegen empfahl Steigerung von 0,5 auf 3 gr. Er legte einen gewissen Wert darauf, daß die Leucocytose mit einer Temperatursteigerung auf über 38,5° einherging. Die Gesamtzahl der Injektionen betrug 6—9, eine derartige Kur sollte, ähnlich wie eine spezifische Behandlung, wiederholt werden. Die Resultate *Donaths* waren anfangs erheblich besser als die *Fischers*. Von 21 Kranken wurden 10 wieder erwerbsfähig und die meisten Remissionen bestanden nach 3 Jahren noch. Von *Fischers* 22 Kranken hatten dagegen nur 4 Remissionen aufzuweisen und auch diese 4 waren im Verlauf der nächsten Jahre sämtlich rückfällig geworden. Auf Grund der *Donath*schen Erfolge steigerte auch *Fischer* bald seine Einzelgaben bis zu 3 gr. Nach guten Anfangserfolgen hatte er aber auch so 100% Rezidive. Der Liquor

[8]) Z. Neur. Bd. 4, S. 487. 1911.
[9]) Kli.Wo. 1910, S. 2343.

Digitized by Google

ist damals weder von *Donath* noch von *Fischer* untersucht worden, erst im Jahre 1913 kontrollierte *Jolowicz* [10]) gelegentlich einer Nachprüfung der Nucleinbehandlung auch die Veränderungen des Liquors. Er führte die leichte Abschwächung der Liquor-Wa.R., die relativ häufig auftrat, auf eine gleichzeitige Salvarsanbehandlung zurück. Die übrigen wenig eindeutigen Schwankungen im Befund hielt er für Spontanvariationen. Über Mißerfolge der Nucleinbehandlung berichtet ebenso *Klieneberger* [11]), der die Kranken z. T. nach der Methode *Donaths*, z. T. nach der *Fischers* behandelte. Trotz z. T. wesentlich höherer Dosen konnte er hinsichtlich der Leucocytose und Temperatur nicht die Reaktion erzielen, von der *Fischer* und *Donath* berichteten. Obwohl er 10—20 Injektionen gab, waren seine klinischen Erfolge gleich Null. Ähnlich schlechte Erfahrungen machte *Löwenstein* [12]). Er gab 8—17 Injektionen von 1 gr und erzielte häufig Temperaturen von 38 und 39°. Die Abstände betrugen 6—7 Tage.

Von den Autoren, die günstigere Resultate erzielten, sei *Hauber* [13]) angeführt. *Hauber* gab in 4—8 tägigen Abständen Injektionen, die meist Temperaturen von 38—39° hervorriefen. Über die Anzahl berichtet er nichts. Es scheint sich um Serien von 8—12 gehandelt zu haben, die er bei einer Reihe von Patienten in mehrwöchigen Abständen mehrmals wiederholte. Die Zahl der wesentlichen Besserungen betrug 36%, die Häufigkeit der Rezidive betont auch *H.*

Die Wichtigkeit der Dosierungsfrage wurde erstmalig an dem Material klar, das *Fischer* [14]) 1921 überblicken konnte. *Fischer* fand daß die gebesserten Paralytiker im Durchschnitt 14 gr, die unbeeinflußten dagegen nur 8 gr Natr. nuclein. erhalten hatten. Er konnte auf eine Anzahl von initialen Paralysen hinweisen, bei denen unter dem Einfluß mehrerer Nucleinkuren eine fast vollständige Remission über viele Jahre anhielt. Später änderte *Fischer* unter dem Eindruck der Erfolge der Malariabehandlung seine Methode mehrmals. Er hatte inzwischen das Natr. nuclein. durch das Phlogetan, ein bis zur Biuretfreiheit abgebautes Nuclein, ersetzt. Das Mittel erzeugte in der ursprünglichen Dosierung Fieberreaktionen von 38—39°. Um dem Effekt der Malariatherapie möglichst nahe zu kommen, steigerte *Fischer* die Dosierung erheblich, er ging vom »Einschleichen auf das Überrumpeln« über. Die Temperatur wurde höher, die Leucocytose stärker, die therapeutische Wirkung deutlicher. Auch auf den Liquor übte die neue Behandlung einen wesentlichen

[10]) Neurolog. Zentr. Bl. 1913, S. 211.
[11]) Kli. Wo. 1911, S. 350.
[12]) Kli. Wo. 1911, S. 16.
[13]) Z. Neurolog. Bd. 24, S. 1.
[14]) Med. Kli. 1921, S. 1509.

Digitized by Google

Einfluß aus. Es fehlen leider genaue Angaben vor allem über den Zeitpunkt der Liquorkontrolle. Immerhin ist die therapeutische Wirkung auf den Liquor unverkennbar. Auch in dieser letzten Veröffentlichung betonte *Fischer*[15]), daß man mit einer derartigen Kur eine endgültige Heilung nicht sicher werde erreichen können. Häufig — und das sei nach seiner Erfahrung auch bei der Malariakur so — müsse man die Kur wiederholen.

Einen ganz ähnlichen Entwicklungsgang wie bei *Fischer* machte die Nucleintherapie bei *Donath*[16]) durch. In seiner letzten Arbeit berichtet dieser Autor von Versuchen, die hyperthermische Wirkung des Natr. nucleinicum zu steigern. Intravenöse Injektionen bis zu 0,3 gr erzielten bis zu 39°. Bei 5—11 maliger Wiederholung besserte sich einer von 5 Kranken erheblich. 4—10 intramuskuläre Injektionen in 3—5tägigen Intervallen von 0,5—5 gr steigend mit Temperaturen bis zu 40° bewirkten bei 2 von 11 Kranken eine wesentliche Besserung und machten 2 weitere arbeitsfähig. Liquorresultate fehlen.

1912 veröffentlichte *Wagner-Jauregg* seine Versuche mit abgetöteten Staphylococcen. Er hatte etwa im Laufe von 7 Wochen 9—11 Injektionen von 5—1500 Millionen Keimen gemacht. Die Reaktionen waren sehr gering. Außer einer lang anhaltender leichter Pulsbeschleunigung traten nur hin und wieder subfebrile Temperaturen auf. Von 39 Kranken remittierten 59%. Hinsichtlich der Dauer der Remissionen waren die Erfahrungen wenig günstig. Deshalb ging *Wagner-Jauregg* zu einer energischen Vakzinebehandlung über und verwendete die von *Besredka* angegebene Typhusvakzine, die bei intravenöser Injektion starken Schüttelfrost und Fieber bis zu 40° erzeugt. In zweitägigen Intervallen gab *Wagner-Jauregg* 8—12 Injektionen. Man konnte bei Beschränkung auf beginnende Fälle gute Remissionen erreichen, diese waren aber ebenfalls wenig dauerhaft.

Seit 1919 hatte *Runge* Paralysen mit Milch-Salvarsan behandelt. Er gab aufgekochte Milch, von 3—12 ccm steigend 14 Tage lang, täglich 2 Injektionen. Nicht selten gelang es ihm, die Temperaturen bis 40, ja in einem Fall bis 42° zu steigern. Die Kuren wurden oft schon innerhalb eines Jahres zum erstenmal wiederholt, gegebenenfalls wurden innerhalb von 3 Jahren bis zu 5 Kuren gemacht. *Runge* glaubte feststellen zu können, daß das Ausmaß der Reaktion der Kranken auf die Milch-Injektionen einen gewissen Einfluß auf die Ausgiebigkeit der erzielten Besserungen habe. Er fand, daß von den gut beeinflußten Kranken 71,4% Temperaturen über 40° hatten, von den mangelhaft oder garnicht beeinflußten

[15]) Med. Kl. 1929, S. 379.
[16]) Z. Nerv. Heilk. 103, S. 78, 1928.

Digitized by Google

nur 38,3%. Besonders wertvoll sind die Untersuchungen *Runges* deshalb, weil bei ihnen die heute wohl allgemein als maßgebend angesehenen Richtlinien für die Beurteilung der Erfolge erstmalig zur Anwendung kommen. Die Kranken wurden fortlaufend beobachtet und, wenn möglich, auch nach langen Zwischenräumen zur Kontrolle punktiert. Es hatten 44,6% eine gute Remission, die z. Zt. der Veröffentlichung bei den meisten schon über 2 Jahre anhielt; 17,9% hatten vorübergehende Besserungen von 1—4jähriger Dauer, 5,4% anhaltende geringe Remissionen; 7,1% blieben stationär; 33,9% insgesamt starben. Bei 10 von den nachuntersuchten gut Remittierten war die Zellzahl normal, die Wa.R. im Blut und Liquor negativ geworden. Die Globulinreaktionen wurden schwächer, ebenso die Goldsolreaktion. Die Lymphocytose nahm sofort ab, die Wa.R. erheblich langsamer, wie *Runge* bei wiederholten Punktionen beobachten konnte. Auch unter den geringen Remissionen und den Stationärgebliebenen fanden sich völlige Liquorsanierungen. Am längsten blieb die *Nonne*sche Reaktion positiv, die Goldsolreaktion wurde meist ziemlich bald in eine Lueszacke umgewandelt. Kurz vor der *Runge*schen Veröffentlichung war eine Arbeit von *Böhmig* erschienen, der Kranken 8—10 Einspritzungen von 30—50 ccm Milch gab und Temperaturen von 39—40° erzielte. Er beobachtete starke Leucocytose von 10—23000 und entsprechende Zunahme der myeloischen Zellen. Die Kur wurde mit Quecksilbereinreibungen kombiniert. Die Resultate waren schlecht, da nur 3 Kranke gebessert entlassen werden konnten, 4 sich während der Behandlung verschlechterten, 2 ungebessert blieben und 1 starb. In der Budapester Klinik wurden 100 Paralytiker von *Samogyi* und *Büchler* [18]) mit Milch behandelt. Sie erhielten 10 ccm in 4—6tägigen Intervallen, 10—12 Injektionen, die Höchsttemperatur betrug 39—40,5°. Die klinischen Resultate waren: 40 Remissionen, 24 Stationäre, 13 Verschlimmerte und 23 Gestorbene. Bei mehrfacher Kontrolle des Liquors von 16 dieser Kranken (leider ist nicht gesagt, wann die letzte Untersuchung stattfand) stellten die Autoren 9,2% Sanierungen und 29,3% Besserungen fest.

Bei der Malariakur, der sich die Darstellung nun zuwendet, hat die Zahl der therapeutisch verwerteten Fieberzacken im Allgemeinen in recht engen Grenzen geschwankt. 6—8 Fieberanfälle wurden, wie schon bei den Fiebertherapien der »Vormalariazeit« auch bei der Malaria meist als ausreichend angesehen. Demgegenüber fand *Nicol* [19]) eine gewisse Proportionalität zwischen der Zahl der Anfälle und der Zahl der Vollremissionen. Andererseits berichtet *Dattner* über

[17]) Arch. f. Psych. Bd. 73, S. 442. Arch. f. Psych. 71, S. 701.
[18]) Arch. Bd. 80, S. 312.
[19]) J. Ment. Sci. Bd. 78. 1932.

Digitized by Google

Untersuchungen *Lobergs*, der bei Kranken mit 9—12 Anfällen bessere Ergebnisse feststellen konnte, als bei solchen mit 13—16.

Schon bei den ersten malariageimpften Kranken beobachtete *Wagner-Jauregg*, daß die Begleiterscheinungen des Fiebers andere waren, als die der bisherigen Behandlungsmethoden. Das intensive Krankheitsgefühl während der Anfälle, die starken Schüttelfröste, die hohen Temperaturen und die profusen Schweißausbrüche, Gewichtsabnahme, Ikterus, Oedemneigung und die überaus häufigen psychischen Störungen im Sinne der deliranten Verwirrtheit während der Fieberperioden sind seither alltägliche Beobachtungen geworden. Bekannt sind auch die Veränderungen des Blutbildes, wie sie vor allem in der Arbeit von *Schilling* [21]), *Joßmann*, *Hoffmann*, *Rubitschung* und *v. d. Speck* beschrieben sind. Schon in der Inkubationszeit beginnen deutliche Veränderungen des Blutstatus; im Gegensatz zur Leucocytose der Inkubationszeit der natürlichen Malaria setzt bei der Impfmalaria schon in der Inkubationszeit eine Leukopenie ein — wohl ein Ausdruck des plötzlichen und zahlreichen Auftretens der Erreger —. Gleichzeitig tritt eine deutliche Zunahme der Stabkernigen auf. Mit dem ersten Schüttelfrost erreicht die Kernverschiebung Werte von über 25%. Bei ansteigendem Fieber zeigt sich die schwere regenerative Reizung des Knochenmarks, durch starke neutrophile Kernverschiebung zu den Jugendlichen, ausnahmsweise bis zu den Myelocyten. Die Eosinophilen fallen schnell ab. Kurz nach dem Anfall stürzen die Leucocyten auf ausgesprochen niedrige Werte ab, während die Monocyten deutlich zu reagieren beginnen. Die Kernverschiebung fängt an zurückzugehen. Im Intervall besteht Hypoleucocytose von ausgesprochen lympho-monocytärem Charakter mit wiederkehrender Eosinophilie und fortbestehender niedrigerer Kernverschiebung. Die Kernverschiebung kann sogar längere fieberfreie Intervalle überbrücken und so eine Kontinuität des Prozesses dartun. Nirgends geht trotz aller Schwankungen während der Dauer der Malariakur der Charakter eines infektiösen Blutbildes verloren. Die schweren Anämien, die im Verlauf der Kuren entstehen, werden nach der Überstehung des Fiebers überraschend schnell ausgeglichen.

Bei der zweiten der therapeutisch verwendeten Infektionskrankheiten, der Recurrens (vgl. *Sagel*) [21]), kann man von einer willkürlich gesteuerten Dosierung nicht reden, da die Infektion therapeutisch schwer beeinflußbar ist, und deshalb ihrem natürlichen Ablauf überlassen wird. Sie führt in der Regel zu 5—10 ausgeprägten, durch mehrtägige fieberfreie Intervalle sich scharf von einander markierenden Fieberattacken von 40—42°, die 1—4 Tage

[20]) Z. Kl. Med. Bd. 100, S. 742.
[21]) Z. Neur. 173, S. 11.

Digitized by Google

dauern können und einen steilen kritischen Abfall haben. Im Verlauf der Kur nehmen die Fieberanfälle meist an Dauer und Schwere ab. Es folgen oft noch einige subfebrile Zacken. Die Allgemeinerscheinungen der Recurrens scheinen, abgesehen von den leichten Nierenstörungen, dem seltenen Ikterus, den Iritiden und den als Neurorezidiv der Lues gewerteten Fazialisparesen etwas leichter zu sein als die der Malaria. Inbesondere tritt keine wesentliche Anämie auf. Auch die Kreislauferscheinungen sind weniger ausgeprägt, psychische Begleiterscheinungen in Form deliranter Zustände sind viel seltener als bei der Malaria. Die Veränderungen des Blutbildes beginnen nach *Sagel* schon vor dem Ausbruch des Fiebers mit einer Leucocytose, die nach Einsetzen der klinischen Erscheinungen auf Werte von 15000 ansteigt. Gleichzeitig besteht eine starke Neutrophilie mit einer starken Kernverschiebung um 50%. Jugendliche Formen sind seltener. Myelocyten kommen nur ausnahmsweise vor. Die Monocytenzahl steigt bereits im Fieberanfall. Im Intervall finden sich Lymphocytose bis zu 50%, auch Eosinophilien bis zu 20% kommen vor. Manchmal finden sich beim Abklingen der Infektion trotz hoher Temperatur überhaupt keine Blutbildveränderungen mehr, was nach *Sagel* nicht auf eine Abwehrschwäche, sondern auf eine Immunität hindeutet. Meist überdauert jedoch eine gewisse Kernverschiebung von 4—15% wochenlang die klinischen Erscheinungen. Im Ganzen hat die Recurrens, wie *Sagel* meint, den Charakter einer mittelschweren Infektionskrankheit. Von den zahlreichen Erfolgsstatistiken der Recurrenstherapie wird von *Dattner* die aus der *Benedek*schen Klinik als die zuverlässigste bezeichnet. Von 92 Kranken kamen 8,7% in volle, 9,78% in bedeutende, 18,48% in mäßige Remissionen, ungebessert blieben 21,74%, progredient 21,73% 19,56% starben.

Bei der Erwähnung der zahlreichen Mittel, die unter dem Einfluß der Erfahrungen mit der Infektionstherapie angewandt worden sind, folgen wir der Einteilung *Dattners*. Wir beginnen mit den Mitteln bakteriellen Ursprungs, dann folgen die übrigen chemischen Mittel und zum Schluß die physikalischen.

Unter den Mitteln der ersten Gruppe hat wohl das Pyrifer in Deutschland die größte Verbreitung gefunden. Es enthält nach Angaben der herstellenden Firma als wirksamen Bestandteil fiebererzeugende Bakterienstoffe, die aus bestimmten nicht pathogenen Mikrobenstämmen gewonnen werden. Da die umfangreiche Literatur in einem Sammelreferat von *Ziegelroth* zusammengefaßt ist. kann weitgehend auf dieses verwiesen werden. Nach der Zusammenstellung *Ziegelroths*[23]) wurde über 315 Behandelte berichtet,

[22]) Z. Klin. Med. Bd. 101.
[23]) Zbl. 72, S. 449.

Digitized by Google

von denen 22,8% Vollremissionen, 27% Teilremissionen, 19% Stationär- und Defektheilungen, 8,2% Verschlimmerungen aufwiesen. 5,8% waren gestorben und 7,7% werden als fraglich bezeichnet. Es ist wohl ohne weiteres klar, daß eine derartige Statistik, die aus dem Material der verschiedensten Autoren zusammengestellt wurde, ohne daß eine Berücksichtigung der Dauer der Remissionen und eine Abschätzung der Rezidivgefahr möglich war, nur einen sehr ungefähren Anhaltspunkt über die wirkliche Wirksamkeit der Pyriferbehandlung geben kann. Die einzelnen Arbeiten widersprechen sich. So stellte *Runge* [24]) fest, daß Pyrifer zwar leidliche Remissionen ergebe, daß aber Rezidive die Regel seien. Dagegen konnte *Roggenbau* [25]) bei 12 von 18 Kranken Remissionen beobachten, die über 3 Jahre angehalten hatten. Systematische Untersuchungen über die Beeinflußung des Liquors durch die Pyriferbehandlung sind selten gemacht worden; *Runge* fand nur mäßige Besserungen, dagegen konnte *Roggenbau* von seinen Gutremittierten 2 Beispiele einer weitgehenden, ziemlich schnell einsetzenden und sich mit den Jahren vertiefenden Sanierung des Liquors zeigen. Im Allgemeinen muß sich angesichts des Fehlens größerer Untersuchungsreihen das Referat *Ziegelroths* mit der Feststellung begnügen, daß auch mit Pyrifer Sanierungen von Blut und Liquor erzielt werden konnten.

Hinsichtlich der Dosierung des Pyrifers herrscht unter den Autoren ziemlich weitgehende Übereinstimmung. Es werden steigende Dosierungen gegeben, die einen Temperaturanstieg zwischen 39 und 40° bewirken. Meist werden die Fieberstöße in zweitägigen Abständen wiederholt. Ihre Zahl schwankt zwischen 10—15. Soweit wir sehen, hat lediglich *Schwarz* [26]) einmal bis zu 20 Fieberzacken hervorgerufen. Von den meisten Autoren wird hervorgehoben, daß man durch geeignete Dosierung den Fieberverlauf einer Malariakur imitieren könne. Es wird aber überall betont, daß die Allgemeinerscheinungen des Pyriferfiebers längst nicht so intensiv sind, wie die der Malaria. Wenn auch Schüttelfröste im Fieberanstieg häufig sind, fehlen doch die profusen Schweißausbrüche des Malariaabfalles. Ebenso sind sehr selten delirante Erscheinungen beobachtet worden. Die starken Gewichtsverluste, wie sie bei der Impfmalaria häufig sind, fehlen beim Pyriferfieber ebenso wie die Prostration, die die Malariapatienten auch in den Fieberpausen ans Bett fesselt. Während die meisten Autoren die geringen Allgemeinerscheinungen der Pyriferkur als ihren besonderen Vorzug hervorheben, betont *Ziegelroth*, daß die Kur energisch und auch angreifend sein müsse, um Erfolg zu haben.

[24]) D. M. W. 1928, Nr. 50.

[25]) *Bonhoeffer* u. *Joßmann*, Ergebnis der Reiztherapie b. P. P., Berlin 1932, S. 102.

[26]) *Bonhoeffer* u. *Joßmann* S. 65.

Digitized by Google

Die humoralen Erscheinungen des Pyriferfiebers sind in den bekannten Arbeiten von *Hoff* ausführlich dargestellt. Es sei nur kurz darauf hingewiesen, daß *Hoff*[27]) durch entsprechende Dosierung im Tierversuch die verschiedensten Blutbildveränderungen erzeugen konnte, von hochgradigster Leucocytose bis 215000 zu Leucopenien von 1000. Hinsichtlich des Ablaufs der humoralen Veränderungen wurde festgestellt, daß nach Einspritzungen von Pyrifer in den bei der Fiebertherapie üblichen Dosen eine zweiphasische Reaktion zu erkennen ist. In der ersten Phase kommt es zu Fieberanstieg, verbunden mit hochgradiger Leucocytose unter ausgesprochener myeloischer Linksverschiebung des Blutbildes und entsprechendem Abfall der Lymphocyten. Gleichzeitig ist eine azidotische Verschiebung der Alkalireserve, eine Blutzuckersteigerung sowie eine Blutverdünnung mit Abnahme des refraktometrischen Wertes und der Viskosität, sowie ein Abfall des Blutcholesterins nachweisbar. In der zweiten Phase tritt Fieberabfall ein, wobei die jugendlichen Knochenmarkszellen wieder aus dem Blutbild verschwinden und sich die Lymphocyten relativ vermehren. Alle übrigen Werte der Blutzusammensetzung zeigen gerade die entgegengesetzte Verschiebungsrichtung wie in der ersten Phase.

In Amerika wurden von *Kunde*[28]), *Hall* und *Gerty* als fiebererzeugender Bakterienstoff abgetötete Typhus- und Paratyphusbakterien verwendet. 18 Tage lang wurden hintereinander intravenöse Injektionen gegeben, die Schüttelfrost, malariaähnliches hohes Fieber bis zu 103, 104° F., nach initialem Leucocytensturz Leucocytose und entsprechende relative Vermehrung der myeloischen Zellen und Verschwinden der Eosinophilen hervorriefen. 7 Patienten wurden 2 Monate nach Beendigung der ersten Behandlung noch einmal behandelt. Als die Autoren nach 8monatigen Erfahrungen ihre Beobachtungen veröffentlichten, waren von 49 Kranken 21 in gute klinische Remissionen gekommen. Dagegen war der Liquor kurz nach der Behandlung nicht wesentlich gebessert; lediglich die Goldsolkurve hatte sich häufig, die Zellzahl selten und die Wa.R. fast nie geändert.

Von den übrigen Präparaten bakterieller Herkunft sei noch das Saprovitan erwähnt, das 1926 eingeführt wurde. Es besteht im Gegensatz zu den abgetöteten Bakterienkulturen aus lebenden Saprophyten. Es wurde in steigenden Dosen von 0,003—1,5 gr gegeben. Die angestrebten Temperaturen sollten 39—40° betragen. 10—12 Fieberzacken wurden in beliebigen Intervallen hervorgerufen. Schon die ersten Bearbeiter *Dreyfuß*[29]) und *Hanau* hoben

[27]) Ztschr. experim. Med. Bd. 67, S. 615.
[28]) J. A. Med. Ass. Bd. 89, S. 1304.
[29]) D. M. W. 1926, S. 1383.

Digitized by Google

hervor, daß man den Fieberverlauf der Malaria cotidiana, tertiana und quartana zum Verwechseln ähnlich gestalten könne. Die subjektiven Beschwerden der Kranken wurden als gering angegeben. Selten trat Erbrechen, meist nur Kopfschmerzen und Appetitlosigkeit auf. Im Gegensatz zur Typhusvakzine fanden *Dreyfuß* und *Hanau* das Saprovitan äußerst atoxisch. Bei einer klinisch remittierten Paralyse sahen die Autoren nach Abschluß der aus 15 Zacken bestehenden Behandlung keine Änderung des Liquorbefundes. *Kauders* [30]) zitiert einen Vortrag *Weicksels*, demzufolge von 18 Kranken 5 wieder berufsfähig, 5 wesentlich gebessert und 5 gebessert, aber anstaltsbedürftig blieben. 2 blieben unbeeinflußt und 1 starb. *Kauders* selbst erzielte in keinem seiner 10 Fälle eine Remission. Auch er legte bei der Behandlung Wert darauf, durch die Saprovitandosierung den Fieberverlauf der Malaria möglichst nachzuahmen.

Nach *Dattner* wird in Frankreich die Dmelcos Vakzine viel verwendet. Sie ist eine stabile Emulsion von Ducreybazillen mehrerer Stämme. Die Dosierung wurde so gewählt, daß 12—18 Anfälle hohen Fiebers auftreten. 2 Monate darnach wird eine 2. Kur angeschlossen. Nach den von *Dattner* wiedergegebenen Berichten *Paulins* wurden bei 39 Kranken 5 Remissionen, 9 leichte Besserungen, 6 Stationär gewordene, 3 Leichtverschlechterte, 4 Progrediente und 12 Verstorbene beobachtet.

Auch die Versuche mit einer aktiven Immunisierung durch Injektion von Spirochaetenkulturen wird man als eine unspezifische Therapie mit lebenden Erregern ansehen müssen. Denn nach den Erfahrungen der letzten Jahre hat es sich nicht um Kulturen von Pallidae, sondern um irgendwelche Saprophyten gehandelt. *Benedek* gab in 14tägigen Intervallen 4—6 Impfungen, welche Temperaturen zwischen 37,5 und 38,5° hervorriefen (nach *Dattner*). *Roggenbau* [31]) nahm mit ebenfalls 14tägigen Intervallen 8—25 Injektionen vor, die in einzelnen Fällen subfebrile Temperatursteigerungen bis 37,2° zur Folge hatten. Von *Benedecks* Kranken befanden sich nach der Behandlung $^1/_3$ in mäßiger Remission, ein zweites Drittel war unverändert und das letzte Drittel starb.

Von *Roggenbaus* 10 Kranken remittierten ebenfalls $^1/_3$ leidlich, 2 Kranke blieben stationär, 3 progredient und 2 starben. In der Hälfte der behandelten Fälle war eine Beeinflussung der serologischen Reaktionen deutlich erkennbar, vor allem eine Abschwächung der Liquorbefunde. Eine Beziehung zwischen der Zahl der vorgenommenen Injektionen und klinischem Bild oder humoralem Befund war nicht nachweisbar.

---

[30]) M. M. W. 1928, S. 1501.

[31]) *Bonhoeffer* u. *Joßmann*, S. 107.

Digitized by Google

Von den nichtbakteriellen Stoffen wurden bereits die Milch und die Nucleinpräparate erwähnt. Das bis in die neuere Zeit hinein meist verwendete anorganische Präparat ist der Schwefel, vor allem in der Form des von *Knut Schroeder* [32]) [33]) eingeführten Sulfosins oder des in Deutschland verwendeten Sufrogels. Die Wirkung des intramuskulär injizierten Schwefels wird allgemein auf eine indirekte Eiweißwirkung, nämlich durch den Zerfall von Körpereiweiß durch die Injektion zurückgeführt.

Das Sulfosin, eine Suspension von Schwefel in Olivenöl, wurde 1924 erstmalig angewandt. Es wurden von wenigen ccm einer 1‰ bis 10 ccm einer 1%igen Lösung intramuskulär injiziert. Es kam zu Temperatursteigerungen von 30—41° mit Schüttelfrost und Erbrechen, der Fieberverlauf konnte malariaähnlich gestaltet werden. Die Temperatur wurde — »überraschend gut« — vertragen.

Bei den ersten Patienten wurden die Injektionen in kurzen Serien (zu 3—4) mit 2—3tägigen Zwischenräumen, im ganzen 10 bis 12 verabfolgt. Darauf ging *Schroeder* zu längeren Serien, zu 6—12 Injektionen über. Er beschränkte sich dann aber auf 2 Serien. Schließlich wurden die Serien noch länger, 12—16 Injektionen, die höchste Gesamtzahl betrug 24—27 in kurzen Zwischenräumen. Da der erste Modus der Kuren die Kranken am wenigsten angriff und die Resultate mindestens ebenso gut waren wie die der gehäuften Injektionen, hielt *Schroeder* den ersten Weg für den empfehlenswertesten. Bei 7 Kranken erzielte er 3 Vollremissionen, die zur Zeit der Veröffentlichung 3½, 3 und 1 Jahr anhielten. Bei einem der Vollremittierten und einem Dementgebliebenen waren nach 2 Jahren resp. 8 Monaten die Zellzahl und die Wa.R. im Liquor normal geworden. Auf Grund der *Schroeder*schen Erfahrungen wurden seit 1928 von *Kallmann* [34]) in der Wittenauer Heilstätte 64 Paralytiker mit Sulfosin behandelt. *Kallmann* gab 2—3mal wöchentlich 3—4 ccm Sulfosin, bis er 8 Fieberanstiege auf 39—40° erreicht hatte. Bei den meisten Kranken wiederholte er die Kur innerhalb eines Vierteljahres ein zweites und drittes Mal. Nach seinen Beobachtungen verlief die Sulfosinfieberreaktion in einer ruhigeren Kurve als der Malariaanfall und ersetzte dessen drastischen Effekt durch einen verlängerten Ablauf. Schüttelfröste beobachtete *Kallmann* nicht, ebensowenig Gewichtsstürze und schwere Anämien, wie sie bei der Malaria auftreten. Es trat im Gegenteil oft schon während der Kur eine auffällige Besserung des Körperzustandes ein.

Die von *Kallmann* studierten Blutbildveränderungen entsprachen den 3 Hauptphasen des infektiösen Blutbildprozesses nach

[32]) Kli. Wo. 1927, S. 189.
[33]) Kli. Wo. 1928, S. 1636.
[34]) *Bonhoeffer* u. *Joßmann* S. 49.

Digitized by Google

Schilling. Nach einer kurzen Abwärtsbewegung der Leucocyten vor dem Fieberanfall trat eine hochgradige Leucocytose bis zu 30000 beim Fieberbeginn auf. Dabei fielen die Mono- und Lymphocyten ab, die Eosinophilen verschwanden und die Neutrophilen stiegen an. Auch die Kernverschiebung war deutlich. Nach dem Fieberanfall trat eine relative Vermehrung der Lympho- und Monocyten ein. Die Zahl der mit reiner Sulfosinbehandlung erzielten vollen bis mäßigen Remissionen betrug 32, von den anderen Kranken waren 12 anstaltsbedürftige Defektremissionen, 5 waren ungebessert und 12 gestorben. Von den insgesamt 103 mit Sulfosin behandelten Kranken *Kallmanns* waren innerhalb von 2—3 Jahren 11 serologisch völlig restituiert und 37 erheblich gebessert. Aber auch unter den nicht gebesserten fanden sich einige, bei denen z. Zt. der letzten Untersuchung schon deutliche Ansätze zu einer serologischen Sanierung erkennbar waren. Eine Abhängigkeit der Remissionen des Liquorbefundes von der Güte der Remissionen bestand nicht.

Mit dem Sufrogel erzeugte *Pollak* [35]) in 2—4 tägigen Abständen 10—12 Fieberstöße von 40°. Drei so behandelte Paralytiker remittierten weitgehend, der Liquor war schon in wenigen Wochen fast völlig saniert und weitgehend gebessert.

Ein ähnlicher Wirkungsmechanismus wie dem Schwefel wird auch dem Nirvanol zugeschrieben, dessen therapeutische Wirksamkeit von *Kihn* [36]) untersucht wurde. Durch die Kumulation des Mittels kommt es zu einem fieberhaften Exanthem, das auf die Wirkung toxischer Eiweißabbauprodukte zurückgeführt wird. Das Fieber ist hoch, in vielen Fällen über 39°, und hält oft eine Woche lang an. Das Blutbild zeigt die für eine akute Infektionskrankheit typische Veränderung, besonders stark ist die Eosinophilie. In den schweren Fällen von Nirvanolvergiftung tritt eine Leucopenie auf, die zu einer völligen Lähmung des Knochenmarks führen kann. *Kihn* hat trotz guter therapeutischer Resultate die Methode wegen der Unberechenbarkeit der toxischen Wirkung des Nirvanols aufgegeben.

Als letzte Gruppe der unspezifischen Therapeutika ist die auf physikalischem Wege erzeugte künstliche Hyperthermie zu nennen. Auf die verschiedenste Weise hat man versucht, durch Erhitzung des Körpers Temperatursteigerungen hervorzurufen, die dem Ablauf eines infektiösen Fiebers ähnlich sein sollten. Als erster machte *Walinsky* [37]) Versuche mit heißen Bädern, nachfolgenden Packungen und Injektion von hypertonischer Kochsalzlösung. Die dadurch hervorgerufenen Temperaturen erreichten 40—41°. Die vermehrte

[35]) Med. Kl. 1929, S. 671.
[36]) l. c.
[37]) M. Kl. 1928, S. 490.

Digitized by Google

Stickstoffausscheidung bewies einen erhöhten Ausfall von Organeiweiß. Die Zahl der Fieberanfälle betrug 12. Bei einem der beiden behandelten Paralytiker verminderten sich die stark positive Globulinreaktion und die Wa.R. innerhalb von 8 Wochen erheblich, auch die Zellzahl sank ab. Es kam zu einer deutlichen klinischen Remission. Bei den anderen behandelten Kranken waren die Resultate ähnlich.

Mit dem elektrischen Lichtkasten behandelte *Kahle*[38]) und *Knollmeyer*. Sie erzielten etwa die gleiche Temperatur wie *Walinsky*. Eine Beeinflussung der Leucocytenzahl konnten sie nicht feststellen. Sie verabreichten 6—12 Prozeduren in Zwischenräumen von 2—6 Tagen. Zwei Paralytiker zeigten wesentliche Besserungen im Liquor und im klinischen Befund.

Die Erzeugung der Hyperthermie durch Diathermie wurde von *Neymann*[39]) und seinen Mitarbeitern eingeführt. Die Autoren gingen von der Ansicht aus, daß die Höhe und die Dauer des Fiebers ausschlaggebend für den Erfolg der Behandlung sei. Die Zahl der bis zum Eintritt der klinischen Remission durchgeführten Behandlungen schwankte außerordentlich, sie betrug in einem Falle 3, in einem anderen 50 Sitzungen. Das Fieber ging mit einer leichten Leucocytose und einer entsprechenden relativen Zunahme der myeloischen Zellen einher. Nach einjährigen Versuchen konnten die Autoren über 65 klinische Besserungen berichten. Dagegen wurde eine eindeutige Beeinflussung des Liquors bei den Nachuntersuchungen einige Monate nach Beginn der Behandlung nicht gefunden. Lediglich die Zellzahl hatte sich häufig vermindert. Die Erfahrungen anderer Autoren hinsichtlich der Zahl der klinischen Besserungen und der geringen Beeinflussung des Liquors entsprachen denen *Neymanns*.

In der letzten Zeit haben *Simpson*[40]) und seine Mitarbeiter über 27 Kranke berichtet, die sie mit Heißluft von 35—50% relativer Feuchtigkeit behandelten. Es wurden in 10 Sitzungen in wöchentlichen Abständen je 5 Stunden lang Temperaturen zwischen 40,6 und 41,1° erreicht. Außerdem wurden 30 Injektionen eines Chemotherapeuticums gegeben. Bei 21 Kranken traten klinische Besserungen auf, 3 wurden wieder berufsfähig. Ein sofortiger Parallelismus zwischen Liquor- und klinischer Remission trat nicht ein, meist wurde aber innerhalb 7 Monaten ein Negativwerden oder eine Abschwächung der Liquorreaktionen gefunden. Die *Kahn*sche Reaktion wurde negativ bei 6, schwächer bei 15 Kranken, die Goldsolreaktion wurde bei 19 geringer, bei 5 stärker, bei 2 normal und

[38]) Wi. Kli. Wo. 1929, S. 1342.
[39]) J. Am. Med. Ass. Bd. 96, S. 7 u. 1858.
[40]) Wi. Kli. Wo. 1936, Nr. 25.

Digitized by Google

blieb in einem Fall unverändert. Die klinischen und serologischen Resultate bei 8 Tabesparalysen waren entsprechend.

Wie unser Überblick zeigt, sind die unspezifischen Mittel zur Paralysebehandlung hinsichtlich ihrer Herkunft, ihrer chemischen Struktur und der verwendeten Mengen völlig inkommensurabel. Wenn die Dosierung der verschiedenen Mittel verglichen werden soll, so läßt sich dies nur auf dem Wege über die Reaktionen des Körpers auf die verschiedenen Substanzen durchführen. Die Intensität und Dauer der einzelnen Reaktionen, gegebenenfalls die Häufigkeit der Anwendungen und die Zwischenräume zwischen den einzelnen Dosen müssen Gegenstand der Betrachtung sein. Versucht man unter diesen Gesichtspunkten einen Vergleich der verschiedenen Therapien, so findet man, daß fast allen Autoren die Temperatur der wichtigste Maßstab für die Intensität der Reaktion des Organismus auf das jeweils untersuchte Mittel gewesen ist. Selbst dann, wenn man den Heilfaktor nicht in der Temperatur, sondern beispielsweise in der Leucocytose sah, wie bei der Nucleintherapie, wurde die Temperaturreaktion bald für die Dosierung des Mittels führend. Die Ansichten über die optimalen Temperaturen haben vor allem in der Vor-Malariazeit bei den verschiedenen Mitteln eine ähnliche Wandlung erfahren. Wir sehen, wie sowohl die Tuberkulin-, als auch die Nucleinbehandlung ursprünglich mit Temperaturen in mittleren Bereich, zwischen 38 und 39°, arbeiten, wie aber bald die Überlegenheit der starken Temperaturreaktionen über die mittleren erkannt wird und wie vor allem von den Nachprüfern der Nucleinbehandlung diejenigen über schlechte Erfahrungen berichten, denen eine Erzeugung hoher Fieberreaktionen nicht gelang. Die Behandlung mit Milch und mit Typhusvakzine führte bereits zu recht hohen Temperatursteigerungen. Seit Einführung der Malaria ist die Erzielung möglichst hoher Temperaturen zum Hauptziel aller therapeutischer Versuche geworden.

Ebenso wie die Höhe der Temperatur schwankt auch die Zahl der auszulösenden Einzelreaktionen bei den verschiedenen Behandlungsmethoden in relativ geringen Grenzen. 6—10 fiebererzeugende Injektionen waren schon zu den Zeiten der Nuclein- und Tuberkulinbehandlung die Regel, Zahlen von 29—30 scheinen nur ausnahmsweise angestrebt worden zu sein. Die Zahl von 8—10 Fieberstößen wurde von *Wagner-Jauregg* auch für die Malariakur annähernd beibehalten. Nach den meisten Autoren sollte die Malaria für die von ihnen angewendeten nichtinfektiösen Mittel auch hinsichtlich der Anzahl der Fieberzacken, ja häufig auch für die Intervalle zwischen den einzelnen Fieberstößen vorbildlich sein. Immer wieder finden wir die Ähnlichkeit der Fieberkurve mit der Malaria als besonderen Vorzug der verschiedenen Behandlungsmethoden gepriesen. Trotzdem läßt es sich nicht verkennen, daß ganz allgemein eine Tendenz

Digitized by Google

zur Erhöhung der Anzahl der Fieberzacken bei allen nicht infektiösen Behandlungsmethoden besteht. In den meisten Fällen schwankt die obere Grenze der Fieberzacken um 15. Nicht selten aber finden wir die Angabe, daß die Behandlung in gewissen Zeitabständen wiederholt werden solle.

Die Statistiken über die therapeutischen Erfolge der einzelnen Mittel sind sich ebenso ähnlich wie ihre Anwendungsweise. Der überwiegenden Mehrzahl der Mittel wird etwa in 50% der Fälle eine deutliche Beeinflussung des Krankheitsverlaufes zugeschrieben, wobei sich der Anteil der Vollheilung gegenüber den mehr oder weniger guten Teilremissionen weitgehend verschieben kann.

Daß diese Erfolgsstatistiken trotz ihrer scheinbar gut übereinstimmenden Ergebnisse von sehr verschiedenem, zum Teil recht zweifelhaften Wert sind, wird heute wohl nicht mehr in Abrede gestellt werden können. Auf einigermaßen sicherem Boden bewegen wir uns nur bei der Beurteilung der Malaria-, und vielleicht noch der Recurrenstherapie. Für die anderen der aufgeführten Behandlungsmethoden treffen die Bedenken, die *Dattner* hinsichtlich der Erfolgsbeurteilung der Malaria geäußert hat, in unendlich verstärktem Maße zu: Die Beobachtungsdauer der mit den verschiedenen Mitteln behandelten Fälle ist meist nur kurz, sodaß die Rezidivhäufigkeit überhaupt nicht erfaßt werden konnte. Auch die behandelten Kranken unterscheiden sich nach Art und Schwere des Prozesses ebenso wie die Maßstäbe der einzelnen Untersucher hinsichtlich der Remissionsgrade. Vor allem aber ist für die meisten Forscher das einzige Erfolgskriterium der jeweilige psychische Zustand gewesen. Daneben hat die Beeinflussung des Liquors nicht die Beachtung gefunden, die wir ihr heute — in erster Linie dank den Untersuchungen *Dattners* — bei der Erfolgsbeurteilung einer Paralysebehandlung zumessen. Wenn Liquoruntersuchungen gemacht wurden, fanden sie meist kurz nach Beendigung der Behandlung statt, in einem Stadium, in dem noch nichts über die endgültige Beeinflussung des Liquors durch die Therapie gesagt werden kann. Auf die Ausnahmen, in erster Linie auf die Untersuchungen *Runges*, *Roggenbaus* und *Kallmanns*, wurde hingewiesen.

Die Unzulänglichkeit der Erfolgsstatistiken der meisten unspezifischen Mittel bringt es mit sich, daß ein objektiver Vergleich der Wirksamkeit der verschiedenen Behandlungsmethoden trotz der übergroßen Zahl der therapeutischen Versuche und trotz der z. T. recht reichlichen Literatur über das eine oder andere der Mittel heute noch nicht möglich ist.

Dennoch herrscht fast unbestritten die Meinung von der wesentlichen Überlegenheit der Malariakur über alle anderen unspezifischen

Digitized by Google

Therapien. Als *Kihn* [41]) auf dem Kongreß des Jahres 1935 über unsere heutigen Kenntnisse der Paralysebehandlung referierte, wies er darauf hin, daß von den vielen sogenannten Fiebermitteln keines dasselbe vermöge, wie die Impfmalaria. *Wagner-Jauregg* habe das schon vor vielen Jahren gewußt und nun entdecke man es von neuem. *Wagner-Jauregg* selbst meint, die überwiegende Mehrzahl aller Autoren stimme darin überein, daß mit der Malariakur Remissionen erreicht werden können, die weit über das Maß dessen hinausgehen, was mit irgendeiner anderen Methode zu erreichen sei. Seine Beobachtungen haben ihn zu der Überzeugung gebracht, daß sich eine Stufenleiter der unspezifischen Mittel hinsichtlich ihrer Wirksamkeit aufstellen lasse: Am schwächsten seien die Stoffe, welche nicht Abkömmlinge von Mikroorganismen sind, z. B. Milch, Albumosen, Natr. nucleinicum, Phlogetan; auf der 2. Stufe stehen die Bakterienprodukte, Tuberkulin, Vakzinen usw., am wirksamsten seien die durch Mikroorganismen hervorgerufenen Krankheiten.

Dattner faßt seinen Überblick über die Ergebnisse der verschiedenen Behandlungsmethoden dahin zusammen, daß bisher nur die Malaria- und Recurrenstherapie über genügend sichere Resultate verfügen, um eine objektive Wertung zu ermöglichen. Alle anderen Methoden hätten noch nicht den Anspruch darauf erworben, an Stelle der beiden Standardmethoden der Paralysetherapie zu treten.

Die Erfahrungen, die wir seinerzeit an der Leipziger Klinik sowohl mit Pyrifer als auch mit Sulfosin gemacht haben, bestätigen die Meinung von der deutlichen Überlegenheit der Impfmalaria über die unspezifischen Fiebermittel durchaus.

Neben der Malariatherapie hat sich lediglich die 2. Infektionstherapie, die Recurrensbehandlung, halten können. Aber auch hier lassen die Erfolgsstatistiken doch wohl eine gewisse Überlegenheit der Malaria erkennen; vor allem scheint die Recurrens eine recht erhebliche Zahl von Rezidiven nicht verhindern zu können.

Die Frage nach den Gründen für die Überlegenheit der Malariatherapie muß immer an irgend einem Punkt zu einem Quantitätsproblem der therapeutischen Wirkung werden. Das liegt im Begriff der unspezifischen Therapie begründet. Man hat sich aber häufig sehr spezielle Vorstellungen über einen besonderen Wirkungsmechanismus der Malaria gebildet. Gewisse Eigentümlichkeiten des Krankheitsgeschehens sollen die besonders starke Heilwirkung erklären. Relativ allgemein äußert sich *Kihn* dahin, daß in der infektionstherapeutischen Wirkung ein unnachahmlicher toxischer Heilfaktor stecke. Ähnlich *Zschocke* [42]), der meint, daß nach heutigen Anschauungen die Wirkung der Fiebertherapie nicht allein auf

[41]) l. c.

[42]) Z. f. Psych. Bd. 100, S. 97.

Digitized by Google

der Temperatursteigerung, sondern gerade auf der Infektion als solcher beruhe.

Mehr ins einzelne gehend sind die Vorstellungen von *Donath* [43]) und *Heilig*, die im Blut von Malariafiebernden keine Vermehrung der Aminosäuren fanden, wie das sonst bei allen anderen Fiebermitteln regelmäßig nachweisbar war. Umgekehrt zeigte ihnen lediglich die Malaria und in geringerem Ausmaß die Recurrens einen starken Anstieg der Aminosäuren im Liquor. Die Autoren schließen daraus, daß der Malaria eine besonders starke Herdreaktion im Zentralnervensystem des Paralytikers zukomme. Die Beeinflussung des Gesamteiweißstoffwechsels erfolge bei der Malaria in anderer Weise als bei den anderen Fiebermethoden. Den anatomischen Ausdruck einer spezifischen Malariawirkung sieht *Bruetsch* [44]) in der Herbeiführung der histiocytären oder makrophagen Gewebsreaktion im Gegensatz zu der monocytären Reaktion auf die Einverleibung der abgetöteten Bakterien. Die starke Schädigung der Erythrocyten durch den Malariaerreger ist vielfach als das spezifische Agens der Malariakur herangezogen worden, so von *Kairiukstis* [45]), der in den Erythrocyten Spender fermentativer Kräfte sieht, die die Abwehrkraft des Organismus steigern können. Eine experimentelle Stütze dieser Ansicht hat *Busson* [45]) beigebracht. Er konnte eine spezifische Giftwirkung der von den Plasmodien befallenen Erythrocyten nachweisen, während die Blutkörperchen der mit anderen Mitteln zum Fiebern gebrachten Personen diese Wirkung nicht aufwiesen. Auch *Busson* schrieb diesen, aus dem Körpereiweiß der Erythrocyten entstehenden Stoffen eine erhöhte leistungssteigernde Wirkung zu. Ebenso verweisen *Schilling* [47]) und seine Mitarbeiter auf den Faktor der erythrocytären Reizung, die den übrigen Paralysetherapien fast völlig fehlt.

Ausschlaggebend ist jedoch dieser Faktor für *Schilling* nicht. Er betont immer wieder, daß auch die Malaria ein unspezifischer Reiz sei, der sich mehr durch seine Intensität und durch Besonderheiten im Ablauf von den übrigen unspezifischen Einwirkungen unterscheide als durch seinen Angriffspunkt oder durch seine chemisch erfaßbaren Auswirkungen. Es sei selbstverständlich denkbar, daß ein unspezifisches Reizmittel irgendwelcher Art durchaus ähnliche Prozesse auslöse, aber die bisher bekannten wirkten nicht so stark oder nicht bei derartigen Ausmaßen so unschädlich.

Auch *Benvenuti* [48]) sieht zwischen der Malaria und den ande-

[43]) Wi. Kli. Wo. 1926, S. 355.
[44]) Z. f. Psych. Bd. 96, S. 191.
[45]) Z. f. Psych. Bd. 96, S. 184.
[46]) Wi. Kli. Wo. 1927, S. 577.
[47]) l. c.
[48]) cit. nach. Rev. Neurolog. Bd. 64, S. 462.

Digitized by Google

ren Eiweißtherapien nur quantitative Unterschiede. Allerdings sei die Malariawirkung ganz außerordentlich größer und anhaltender.

Gleichgültig aber, ob für alle diese Autoren die Frage nach der besonderen Wirkungskraft der Malaria oder der Infektionstherapie überhaupt eine reine Frage der Quantität ist, oder ob sie einen besonderen Weg der Infektionswirkung annehmen, immer sehen sie in der allgemeinen Wirkung auf den Organismus den allen Behandlungsweisen gemeinsamen Faktor. Die Theorie von der direkten Wirkung der hohen Temperaturen auf die Spirochaeten im Paralytikergehirn ist wohl von der Mehrzahl der Forscher verlassen, wenn auch *Jahnel* noch kürzlich betonte, daß die Wirkung der Malaria auf die Paralyse über die Spirochaeten gehe.

Die Mehrzahl der Forscher steht heute mit *Dattner* und *Runge* auf dem Boden der Theorien von *Weichardt, Schittenhelm, Rud. Schmidt* über die unspezifische Wirkung der Paralysebehandlung. *Weichardt*[50]), der kürzlich über das gesamte Gebiet der unspezifischen Therapie einen zusammenfassenden Überblick gegeben hat, sieht bekanntlich die gemeinsame Ursache aller unspezifischen Behandlungen darin, daß durch die verschiedensten chemischen, aber auch physikalischen Einflüsse auf den Körper Wirkstoffe entstehen, die als die Ursache der bei richtiger Dosierung meist als »Leistungssteigerung« zu beobachtenden Erscheinungen in den allerverschiedensten Organen zu betrachten sind. Zu dieser Leistungssteigerung gehöre auch eine Stärkung der beim Paralytiker darniederliegenden Abwehrvorgänge gegenüber den Gehirnspirochaeten.

Für die vergleichende Bedeutung der verschiedenen unspezifischen Einwirkungen hinsichtlich ihres Gesamteffektes auf den Organismus kann, wie *Schittenhelm* und *Weichardt* hervorheben, nicht ein einziges Kriterium als maßgebend angesehen werden. Bei dem Vergleich der Leucocytenwerte, der Temperaturregulation und des Stickstoffwechsels nach einmaliger und wiederholter Injektion der verschiedensten Eiweiße fanden *Sch.* und *W.* bei richtiger Dosierung zwar regelmäßig einen Anstieg der Werte für alle diese 3 Kriterien, aber diese Werte gingen durchaus nicht parallel; bei geringer Temperaturschwankung konnte die Steigerung der Leucocytenwerte und der Stickstoffausscheidung groß sein und umgekehrt.

Ähnlich stellt auch *Hoff*[51]) fest, daß man durch Variation von Anwendungsweise, Dosierung und Intervall sehr verschiedenartige Werte für die Einzelerscheinungen der Allgemeinwirkung der unspezifischen Mittel erhalten könne.

So bedenklich es also sein muß, ein einziges der erwähnten Kriterien zum alleinigen Maßstab für die Wirkungsweise einer unspezifi-

[49]) Ztschr. f. Nerv. Heilk. Bd. 139, S. 111.

[50]) Die Grundlagen d. unspezifischen Therapie, Berlin 1936.

[51]) Umstimmung als Behandlungsweise, Leipzig 1930, S. 39.

Digitized by Google

schen Therapie zu nehmen, so wenig hat die Klinik der Paralysebehandlung diesen Erkenntnissen Rechnung getragen. Wir sehen, daß für die Dosierung der Fieberverlauf in fast allen Fällen ausschließlich maßgebend war.

Dabei war es schon seit langem bekannt, daß bei den verschiedenen Paralysetherapien ein unbedingter Parallelismus zwischen den Einzelreaktionen des Körpers nicht zu bestehen braucht und daß sich gerade die Malaria trotz ähnlichen Verlaufs der Temperaturkurve von den anderen Behandlungen wesentlich unterscheidet.

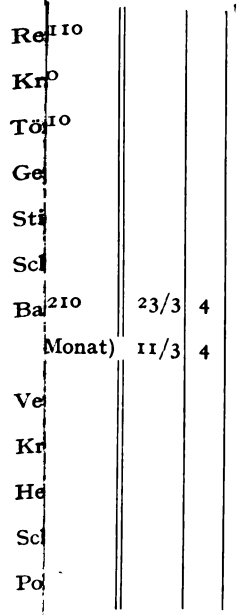
Für *Schilling* und seine Mitarbeiter ist die Alteration durch die Malaria so stark, daß sie wahrscheinlich nur durch das schnelle Abklingen des einzelnen Anfalles erträglich werde. Diese schwere Einwirkung auf den Körper komme vor allem in dem leucopenischen Blutbild der Malaria im Gegensatz zu den mehr oder weniger hohen Leucocytosen der übrigen Therapien zum Ausdruck. Ein leucopenisches Blutbild ist nach *Schilling* eine Hemmungserscheinung durch einen sehr intensiven Reiz. Das Stadium der Leucocytenvermehrung, das in der Inkubation der natürlichen Malaria beobachtet wird, sei eine der geringeren Schädigung entsprechende Vorstufe. Auch *Wagner-Jauregg* weist auf die Leucopenie der Malaria als unterscheidendes Merkmal gegenüber den Leucocytosen der anderen Fiebertherapien hin. Dosierungen der anderen Fiebermittel, die zu einem leucopenischen Blutbild führten, sind unseres Wissens bisher nur von *Hoff* mit Pyrifer im Tierversuch erreicht worden. Selbst mit der Typhusvakzine werden nach amerikanischen Autoren nur Leucocytosen erzielt, obwohl das Blutbild der Typhuskrankheit der Prototyp einer leucopenischen Blutreaktion ist.

Aber nicht nur der haematologische Befund, auch das ganze klinische Erscheinungsbild läßt den Malariaanfall als einen erheblich intensiveren Reiz erscheinen als das gleichhohe Fieber, das durch irgendeine andere der angeführten therapeutischen Maßnahmen erzeugt wurde. Wie schon angeführt, betonen fast alle Veröffentlichungen, daß die Ersatzmittel der Malaria nicht deren Begleiterscheinungen haben, daß Ikterus, Oedeme etc. selten seien, daß das Krankheitsgefühl in und nach dem Fieber gering sei. Auch die Häufigkeit der deliranten Zustände während des Malariafiebers weist auf die besondere Schwere der Krankheit hin, wobei es gleichgültig ist, ob man in ihnen den Ausdruck einer Herdreaktion des Gehirns sieht oder ob man sie lediglich als Exacerbation der Psychose durch das Hinzukommen einer neuen schweren Schädigung betrachtet.

Hinsichtlich der Schwere der Allgemeinerscheinungen kann auch die Reccurrens, die nach *Sagel* [52]) den Charakter einer mittelschweren Infektionskrankheit hat, mit der Malaria nicht verglichen werden.

[52]) l. c.

Digitized by Google



Digitized by Google

Digitized by Google

Wenn aus den bisher wiedergegebenen Erfahrungen hervorzugehen scheint, daß die Unterschiede in der Wirksamkeit der einzelnen unspezifischen Behandlungsmethoden, insbesondere die Überlegenheit der Malaria, weniger auf grundlegende qualitative Unterschiede in der Wirkungsweise der einzelnen Mittel, als auf Unterschiede im Ausmaß ihrer unspezifischen Wirkung auf den Organismus zurückzuführen sind, erscheinen Untersuchungen über das günstigste Ausmaß der nicht infektiösen Mittel angebracht.

Die wesentlichsten Vorbedingungen für solche Untersuchungen sind dadurch gegeben, daß wir seit den letzten Jahren einigermaßen sichere Maßstäbe für den Erfolg einer Paralysebehandlung in der Hand haben. Es erübrigt sich darauf einzugehen, daß das Ausmaß der psychischen Remissionen nicht mehr als ausschlaggebendes Kriterium für den Wert einer Behandlung angesehen werden darf, daß die eintretende psychische Besserung wohl bis zu einem gewissen Grade für die therapeutische Wirkung spricht, daß aber erst das Ausbleiben eines weiteren Wiederfortschreitens der Krankheit den Ausschlag gibt und sogar das Ausbleiben einer Remission in manchen Fällen nicht gegen die Wirksamkeit der Behandlungsmethode spricht. Wir wissen heute, im wesentlichen durch die Untersuchungen der Wiener Schule, daß das Ausmaß der Beeinflussung des Liquors das wesentlichste Kennzeichen des Enderfolges ist. Über den zeitlichen Ablauf der Liquorsanierung, über die Art der Rückbildung der einzelnen pathologischen Reaktionen, über die gelegentlichen Schwankungen in der Zeit der einsetzenden Liquorsanierung und über den prognostischen Wert der Beeinflussung der einzelnen Reaktionen sind wir heute auf Grund der Erfahrungen an malariabehandelten Paralytikern gut unterrichtet. Wie hinsichtlich des Ausmaßes des Heilerfolges ist die Malaria auch hinsichtlich der Kriterien dieses Erfolges zur Standardtherapie geworden.

Die Schwierigkeiten, die der heutige Stand unserer Erfahrungen bei vergleichenden Untersuchungen über Paralysebehandlung mit sich bringt, liegen auf einem anderen Gebiet.

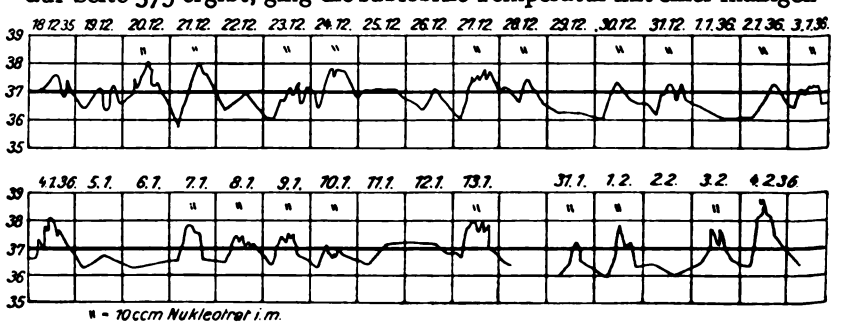
Angesichts der unbestrittenen Wirksamkeit der Malariatherapie und ihres gut umrissenen Indikationsgebietes erscheint es uns heute nicht mehr, wie vor 5—10 Jahren, vertretbar, ohne Weiteres eine größere Zahl von Kranken einer unerprobten Behandlung zu unterwerfen. Schwerer als je erscheint es heute, die Bedingungen *Wagner-Jaureggs* für die vergleichende Wertung zweier Behandlungsmethoden, die Gegenüberstellung zweier gleichzeitig behandelter größerer Reihen, zu erfüllen. Wie in den Arbeiten der letzten Jahre schon wiederholt betont wurde, kommen für eine Nicht-Malariatherapie neben Kranken, die eine Fieberkur ablehnen, nur solche in Frage, bei denen die Malariabehandlung contraindiziert ist. Diese Kranken rekrutieren sich nach allgemeiner Erfahrung nicht so sehr aus der

Digitized by Google

Gruppe der compensierten Aortenfehler und der Aneurysmen, vielmehr hat man in pastösen, torpiden, zu Vasomotorenkollapsen neigenden Personen seit jeher besonders ungünstige Behandlungsfälle gesehen. Die Zusammensetzung der Kranken aus der Gruppe der aus äußeren Gründen Ablehnenden und der der Malariatherapie nicht Gewachsenen bringt zwar eine gewisse Mannigfaltigkeit von ganz initialen bis zu decrepiden Spätfällen mit sich, es ist aber selbst in einer Klinik mit großer Aufnahmefrequenz nicht möglich, innerhalb eines aus praktischen Gründen beschränkten Zeitraumes eine Anzahl von Kranken auszuwählen, die eine statistische Bearbeitung zuläßt.

Es mußte somit auf anderem Wege versucht werden, einen Ausgangspunkt für weitere quantitative Untersuchungen zu gewinnen. Ein derartiger Weg schien uns in der Arbeit mit extremen Dosierungen gegeben. Eine erste Orientierung suchten wir durch das Studium der Wirkung sehr schwacher Einzeldosen resp. geringer Einzelreaktionen herbeizuführen. Zwei Gründe bestimmten uns, Untersuchungen über die therapeutisch wirksame Minimaldosis zuerst in Angriff zu nehmen. Erstens wurde ein derartiges Vorgehen schon durch die erwähnte Auslese unserer Kranken nahegelegt, zweitens erschien uns eine Steigerung der Einzelreaktionen zu malariaähnlichen Wirkungen etwa bis zu der von *Hoff* im Tierversuch erzeugten Leucopenie oder bis zu deliranten Zuständen nicht ungefährlich.

Wir bestrebten uns, die Einzelreaktionen so schwach zu gestalten, daß die Höchsttemperaturen die bei der Paralysetherapie sonst üblich gewesene untere Grenze des Fiebergipfels — etwa 38,5° — nicht erreichten und möglichst sogar im Bereich der Subfebrilität blieben. In fast allen Fällen verabfolgten wir die Mittel täglich. Zur Kontrolle der Wirkung der verwendeten Mittel wurde neben Temperaturmessung die Blutbilduntersuchung herangezogen, die in einer Reihe von Fällen mehrmals täglich durchgeführt wurde. Die haematologischen Befunde bei den einzelnen Patienten schwankten in ziemlich engen Grenzen, es sollen deshalb nur von einem Kranken die Blutbilder ausführlich wiedergegeben werden. Wie die Tabelle auf Seite 375 ergibt, ging die subfebrile Temperatur mit einer mäßigen



Digitized by Google

Leucocytose einher, die nur selten 12000 übersteigt. Die Kernverschiebung war in dem angeführten, wie auch in den anderen Fällen verhältnismäßig deutlich. Ihre erhöhten Werte überdauerten den Temperaturgipfel beträchtlich. Die Eosinophilen zeigten morgens vor der neuen Injektion die verhältnismäßig höchsten Werte. Sie stiegen nach Aussetzen der Behandlung an. Die relative Leucocytenzahl war nicht stark vermindert. Die Bewegung der Monocyten entsprach etwa der der Eosinophilen. Wesentlich wich von diesen Befunden nur das Blutbild eines Kranken ab, der schon vor Beginn der Behandlung eine starke Kernverschiebung bei etwa normaler Leucocytenzahl hatte. Hier fand sich eine abnorm starke Vermehrung der Stabkernigen schon bei geringen Temperatursteigerungen, daneben eine deutliche relative Lymphocytose. Bei einem anderen Kranken, der aus unbekannten Gründen schon vor Einleitung der Behandlung eine Eosinophilie von 8% aufwies, stiegen die Eosinophilen rasch auf 28—30%, um nach 2 Wochen langsam wieder abzufallen.

Die Senkungsgeschwindigkeit der Erythrocyten wurde im Verlauf der Behandlung beschleunigt, beispielsweise von $^{7}/_{21}$ mm in der 1. bezw. 2. Stunde auf $^{27}/_{51}$ mm.

Die Wirkung auf den Allgemeinzustand der Kranken war entsprechend den niedrigen Temperaturen sehr gering. Nur hin und wieder, in einem Fall ausgesprochener, beobachteten wir regelmäßig eine auf der Höhe des Fiebers auftretende weinerliche Verstimmung.

Die Injektionen wurden fast immer täglich gegeben. Ihre Zahl, die durch das Auftreten einer eindeutigen und fortschreitenden Besserung des Liquors bestimmt wurde, schwankte in außerordentlich hohen Grenzen.

Für unsere Untersuchung benutzten wir zunächst ein Mittel aus der Gruppe, die von *Wagner-Jauregg* als die am schwächsten wirksame der unspezifischen Mittel angesehen wird, nämlich das von den Nordmark-Werken in den Handel gebrachte Nucleotrat*).

Das Präparat stellt ein Natriumsalz von Pentosenucleotid dar. Sein eigentliches Indikationsgebiet sind die Agranulocytose und leuko- und neutropenische Zustände im Verlauf akuter Infektionskrankheiten, chronische Leukopenie bei Vergiftungen mit Benzol und Benzin. Bei diesen Zuständen werden 10 ccm 1—2mal täglich intramuskulär injiziert, bis sich die Leukocytenzahl normalisiert hat. Es sind bis zu 40 ccm täglich gegeben worden. Auch die intravenöse Behandlung ist bekannt. Von gelegentlichen Nebenerscheinungen werden Dyspnoe, praecordiale Beklemmungen, Tachykardie, Schweißausbruch und Erbrechen genannt. Auf den Organismus des Nicht-

*) Das Mittel wurde uns von der Firma dankenswerter Weise in großen Mengen zur Verfügung gestellt.

Digitized by Google

leucopenischen wirkt das Nucleotrat nach unseren Erfahrungen wie ein sehr mildes unspezifisches Fiebermittel von sehr gleichmäßigem Effekt.

Als zweites Mittel verwendeten wir das Pyrifer. Da die Reaktionen der Kranken auf das Nucleotrat genau so wie bei allen anderen Fiebermitteln im Verlauf der Behandlung in charakteristischer Weise abnahm, und da eine Steigerung der Dosen wegen der großen zu injizierenden Menge über ein gewisses Maß nicht möglich war, haben wir in manchen Fällen Pyrifer und Nucleotrat abwechselnd gegeben. Die Dosierung beider Mittel begann tastend bis zur ersten deutlichen Reaktion, von da ab wurde bei Nachlassen der Wirkung vorsichtig gesteigert. Mit 5—10 ccm Nucleotrat intramuskulär und 1—5 ccm i. v. konnte man in fast allen Fällen über Wochen eine regelmäßige Fieberkurve erzeugen, die bei Injektion um 9 Uhr vormittags, zwischen 12 und 18 Uhr ihren subfebrilen Höhepunkt erreichte. Vom Pyrifer gaben wir 5—10 Einheiten, steigend bis zu 60—150 . Die Wirkung auf die Temperatur war bei dieser Dosierung hinsichtlich Höhe und zeitlichen Ablaufs der Fieberkurve der des Nucleotrats gleich. Im Allgemeinen aber war die Pyriferwirkung launischer; gleiche Dosen erzielten nicht immer bei demselben Individium die gleichen Reaktionen. Es handelt sich dabei nicht um eine ungleichmäßige Verteilung des Mittels in der Aufschwemmung, sondern wie die verschiedenen Reaktionen des aus gleichen Ampullen gespritzten Kranken zeigten, um Schwankungen in der Reaktionsweise der verschiedenen Personen.

Für die Beurteilung des therapeutischen Effektes waren in erster Linie, wie oben angeführt, die Liquorveränderungen maßgebend. Um aus diesen trotz der Kürze der Beobachtungszeit ausreichend sichere Schlüsse zu ziehen können, haben wir die Kranken sehr häufig, mindestens in einmonatigen Abständen punktiert. Durch diese, um mit *Dattner* zu sprechen, längsschnittmäßige Betrachtung der Liquorveränderungen, war es uns schon in verhältnismäßig kurzer Beobachtungszeit möglich, zu erkennen, ob eine fortschreitende Besserungstendenz des Liquors eingetreten war oder nicht. Blieb diese aus, gingen wir in allen Fällen, wo es noch irgend möglich erschien, zu einer intensiven Behandlung, meist zur Malariakur über, ohne abzuwarten, ob sich die Liquorbesserung im Verlauf einer fortgesetzten Behandlung nicht doch einstellen würde.

Bei der Liquoruntersuchung haben wir auf eine quantitative Eiweißbestimmung verzichtet, wir haben statt dessen den Ausfall der *Pandy*schen, *Nonne*schen und *Weichbrodt*schen Reaktion in vier Stärkegraden abgeschätzt. Es zeigte sich, daß die *Weichbrodt*sche Reaktion fast regelmäßig als erste zurückging. Als eins der ersten Zeichen der beginnenden Liquorsanierung beobachteten wir in fast allen Fällen eine Veränderung der Goldsolkurve. Der Ausfall in den ersten Gläsern trat nicht mehr vollständig ein, sondern es blieb

Digitized by Google

eine weiß-rote bezw. blaß-violette Färbung bestehen, eine Erscheinung, die wohl vielen Untersuchern bekannt ist. Dies Verhalten der Goldsolkurve haben wir durch besonderen Druck der Zahlen bei der Wiedergabe unserer Kurven angedeutet.

Alle unsere Patienten wurden spezifisch nachbehandelt, die meisten in der heutzutage üblichen Weise mit 6 gr Neosalvarsan und etwa 12 ccm Bismogenol. In einigen Fällen verwendeten wir ein uns von der Firma Bayer zur Verfügung gestelltes neues Präparat, das in der angewendeten Dosierung nach unsern bisherigen Erfahrungen schwächer wirksam ist als das Salvarsan.

Krankheitsgeschichten.

Fall 1. R. K., Schneidermeister, geb. 21. 3. 87.

Familienanamnese: Ein Bruder war vom 28. 2.—19. 3. 1908 in der Klinik. War einige Tage vorher ängstlich erregt gewesen, kam in einem fast stuporös-negativistischen Zustand in die Klinik. Wurde nach einigen Tagen schwer erregt, ideenflüchtig, inkohaerent. Im Krankenblatt wird seine euphorisch-gehobene Stimmungslage, seine Hypervigilität und seine Neigung zu morgendlicher depressiver Verstimmung mit Umschlag in heitere Erregung im Laufe des Tages hervorgehoben. Nach der Entlassung aus der Heilanstalt ist er bis heute völlig unauffällig, hat sich verheiratet, 5 Kinder. — Die s. Zt. gestellte Diagnose »Hebephrenie« ist heute wohl nicht mehr haltbar.

Verlauf und das retrospektiv gesehene Zustandsbild sprechen mit großer Wahrscheinlichkeit für eine Manisch-depressive Erkrankung.

Patient selbst: Körperliche Entwicklung, Intelligenz und soziale Laufbahn unauffällig, wird als lebhaft, gutmütig und gesellig geschildert. 1910 Infektion. 1. ambulante Salvarsankur. Seit Anfang 1935 Wesensveränderung, mürrisch, reizbar, bald zornig, bald mehr niedergeschlagen. Seit Oktober 1935 schwer verstimmt, zog sich von allen Freunden zurück, saß grübelnd umher, äußerte Selbstvorwürfe und Suicidideen, hypochondrisch, schlief nicht, wurde vergeßlich.

Bei der Aufnahme war er äußerlich geordnet. Bei der Exploration begann er sofort zu jammern, er wolle nicht mehr leben, weil er sich wegen seiner Infektion Vorwürfe mache. Seine Kinder seien durch ihn syphilitisch geworden, er habe sich strafbar gemacht. Er sei völlig anders geworden, wisse nicht mehr was er anfangen solle, vor einigen Tagen sei er in seiner Not auf den Friedhof gelaufen, um sich eine Grabstätte auszusuchen.

Bei der Exploration war Pat. sehr gesprächig, brachte seine Klagen in unaufhörlichem Wortschwall, oft ideenflüchtig abgleitend vor, klammerte sich hilfesuchend an den Arzt. Die Intellegenzprüfung ergab keine groben Ausfälle. Bei der körperlichen Untersuchung fielen die engen, verzogenen und völlig lichtstarren Pupillen, das Mundbeben und die Dysarthrie auf. Der Körperbau war pyknisch.

Serologischer Befund: 5. 12. 35. Blut Wa.R. ⊖ MTR ++

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
71,3	4	4	3	++++0,1	5555543210	1a1a4b5b5b5b5b3b2b1b

5. 12. 35.

Therapie: vom 20. 12. 25 — 4. 2. 36. 20 Ampullen Nucleotrat zu 10 ccm, subfebrile Temperatursteigerung, vgl. die beigefügte Kurve.

Digitized by Google

Zustand bis Ende Januar 1936 ziemlich unverändert. Dauernd schwer depressives Bild. Meist stark gehemmt, in sich versunken im Bett liegend, manchmal laut vor sich hinweinend. Immer wieder Selbstvorwürfe, er habe alles verkehrt gemacht, habe gesündigt, man solle ihn an die Wand stellen, er habe seine Familie unglücklich gemacht. Zeitweise wird er ängstlich erregt, springt aus dem Bett, hält die Nachtlampe des Pflegers für den elektrischen Stuhl, auf dem er hingerichtet werden soll, Schlaf wechselnd, oft sehr unruhig.

2. 1. 36. 2. Punktion: Leichter Rückgang der Eiweißwerte, deutliche Besserung der Colloidreaktionen.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
$^{80}/_{3}$	4	3	2	++++0,2	*122*33555432*1*0	1a1a2a4b5b5b55bb3b2a1b1a

11. 1. 36. 3. Punktion: Wa.R. etwas abgeschwächt.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
$^{85}/_{3}$	4	3	2	++++0,2	*01224*55432*1*0	1a1a2a4b5b5b5b4b2b1b1a

Anfang Februar etwas komponierter, aber noch sehr depressiv. Drückt sich auf der Station in den Ecken herum, weint vor sich hin, äußert seine alten Versündigungsideen.

5. 2. 36. 4. Punktion: Zellen haben zugenommen. Wa.R. leicht abgeschwächt.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
$^{185}/_{3}$	4	3	3	++0,2	*123*455543210	1a1a1b4b5b5b5b4a2a1a

8. 2. 36. Beginn mit Schmierkur und Neo-Salvarsan.

16. 2. 36. Schmierkur wegen Stomatitis abgesetzt, statt dessen Bismogenol.

13. 3. 36. Kur mit 6,5 gr Neo-Salvarsan und 7 ccm Bismogenol beendet.

16. 3. 36. 5. Punktion: Erheblicher Rückgang von Wa.R., Zellzahl, Eiweiß und Colloidreaktionen.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol
$^{67}/_{3}$	4	4	1	+++0,3	*012*2455432*1*0

Anfang April psychisch noch unverändert, sehr depressiv, jämmerlich, oft schlaflos. Keine grobe Demenz, aber die Äußerungen seiner Depression fallen durch ihre Stereotypie und Plumpheit auf.

2. 4. 36. 6. Punktion ergibt weitere deutliche Besserung des Liquors.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
$^{11}/_{3}$	4	4	0	++0,3	01233333210	1a1a1b4a4a4a3b2b1b1a

Mitte April tritt eine deutliche Besserung des psychischen Zustandes auf. Pat. wird freier, beginnt Interesse an der Umgebung zu gewinnen, beteiligt sich an Stationsarbeiten, unterhält sich, ist aber immer noch gedämpft, still, oft weinerlich und äußert hin und wieder die alten Selbstvorwürfe.

22. 4. 36. Gegen ärztlichen Rat entlassen.

Wiederaufnahme am 2. 5. 36.

Nach den Angaben der Frau ist Pat. zu Hause meist geordnet gewesen, hat nur hin und wieder die depressiven Ideen geäußert. Er kommt jetzt auf eigenen Wunsch, da er sich zu Hause nicht sicher fühlt.

Bei der Aufnahme wieder völlig aufgelöst, heulend und schluchzend. »Sagen Sie nur nicht »Herr« zu mir gemeinem Verbrecher!« Äußert die alten Inhalte, er habe sich zu Hause für nichts interessieren können, sei ängstlich und niedergedrückt gewesen.

Digitized by Google

R. K. M. II. Blutbilder.

Dat.	Zeit	Leuco.	Ba.	Eo.	Stab.	Segm.	Ly.	Mo.
18. 12. 35	9h	5.700	—	2	6	69	22	1
	13h	7.500	—	2	5	64	25	4
	17¾	7.900	0,5	1,5	3,5	61	27,5	5
19. 12. 35	9	5.800	2	5	6	59	26	2
	13	6.400						
	17	6.300		3	5,5	66	21,5	4
20. 12. 35	8	5.500	1	4	2	65	24	4
	13	9.000	1	3	9	67	20	—
	17	16.200	—	1	13	73	10	3
	19	13.800	—	—	18	65	15	2
21. 12. 35	7½	9.500	—	3	5	73	18	1
	13	8.800	—	2	11	69	14	4
	17	12.000	—	—	17	65	12	6
22. 12. 35	11	10.000	—	1	18	62	17	2
23. 12. 35	8	9.500	—	2	17	57	19	5
	12	7.400	—	2	14	63	17	4
	17	12.500	—	—	12	75	12	1
24. 12. 35	7½	8.600	1	3	12	57	21	7
	12½	8.100	—	3	8	53	27	9
	19	10.000		1	19	62	13	5
26. 12. 35	11	9.000		1	11	56	31	1
27. 12. 35	8	6.200	—	3	5	60	28	4
	13	15.300	1	2	22	59	11	5
	18½	13.200	—	0,5	16,5	61,5	19	2,5
28. 12. 35	9	6.000	1	1	12	65	16	5
	13	10.500	—	—	34	54	10	2
30. 12. 35	8	4.500	—	9	10	57	16	8
	14	9.400	—	—	21	53	21	5
	18	11.700	—	4	27	53	13	3
31. 12. 35	8	6.200	1	3	12	60	18	6
	13	6.100	—	2	17	53	26	2
2. 1. 36	8½	5.800	—	3	5	55	25	12
3. 1. 36	8	6.200	—	2	9	64	23	2
	13	11.300	—	3	10	66	17	4
	18	11.200	—	—	19	59	11	11
4. 1. 36	8	7.000	1	1	16	59	19	4
	15	10.800	—	4	24	49	17	6
	18¼	13.800		2	22	64	7	5
6. 1. 36	8	6.600	1	3	13	53	26	4
7. 1. 36	8	4.100	—	4	12	49	29	6
	12½	10.600	—	—	33	46	14	6
	19	8.800	—	1	20	55	20	4
8. 1. 36	9	5.700	—	1	16	50	26	7
	13	12.200	1	3	16	67	11	2
	18¾	7.800	—	3	17	59	19	2
9. 1. 36	8	6.100	—	6	6	61	20	7
	13	9.700	1	2	20	58	15	4
	18	11.000	—	2	15	61	21	1
10. 1. 36	9	5.900	—	3	13	53	24	7
	13	10.900	0—	3	23	52	15	7
	19	6.000	—	4	16	55	18	7
11. 1. 36	8	5.200	—	4	16	50	23	6

Digitized by Google

Dat.	Zeit	Leuco.	Ba.	Eo.	Stab	Segm.	Ly.	Mo.
13. 1. 36.	9	4.800	2	1	13	51	27	6
	13½	12.200	1	—	28	50	18	3
	17	13.000	—	—	17	64	18	1
15. 1. 36	8	4.400	1	4	8	48	30	9
17. 1. 36	8½	4.400	—	3	11	35	46	5
20. 1. 36	7½	5.200	—	4	11	52	24	9
28. 1. 36		6.300	1	5	5	53	29	7
21. 1. 36	8	6.400	1	5	4	54	30	6
	17½	8.000	1	2	23	56	16	2
1. 2. 36	7½	6.500	1	4	5	63	24	3
	18.20	5.700	1	1	19	51	25	3
3. 2. 36	7½	4.200	—	6	2	56	26	10
	17½	12.900	—	2	17	60	14	7
4. 2. 36	8	8.400	—	2	12	67	14	5
	18	10.700		2	22	62	12	2
5. 2. 36	8	7.400		4	6	66	19	5
6. 2. 36	7½	6.400	—	4	7	56	27	6

Trotz des ersten jämmerlichen Eindrucks wirkt Pat. bald lebhafter und frischer als früher, die Mimik ist belebter, die Sprache akzentierter und lauter. Mundbeben und Dysarthrie sind verschwunden.

6. 5. 36. 7. Punktion. Wa.R. negativ geworden, sehr weitgehender Rückgang aller Reaktionen.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
8/3	4	2	0	⊖	01123332110	1a1a1a2b3b3b2b1b1a

Bis Mitte Mai bietet Pat. das alte Bild. Er kniet oft weinend und betend auf dem Fußboden, schläft oft schlecht. Dann deutliche Besserung, mit Tagesschwankungen beginnend: Abends wird Pat. freier, drängt auf Entlassung, da die Arbeit auf ihn warte, hilft fleißig auf der Station, redet gern und etwas ideenflüchtig von seinen häuslichen Verhältnissen. Morgens ist er meist verzweifelt, depressiv und ratlos, wenn auch nicht mehr so stark wie früher.

Pat. wurde am 27. 5. 36 gegen ärztlichen Rat von der Frau abgeholt und beging, nachdem er einige Tage leidlich unauffällig gewesen war, in einem unbewachten Moment Suicid, in dem er sich vor ein Auto warf.

Anatomischer Befund [54]).

Stirnhirn: Pia nur an wenigen und umschriebenen Stellen infiltriert mit Lymphocyten und Plasmazellen. Gefäße der Meningen durchweg zart, an einer Stelle zeigt ein Gefäß eine halbmondförmige Intimaverdickung, aber keine stärkeren Infiltrate in der Adventitia (Arteriosklerose?). Die Rinde selbst zeigt gut erhaltene Schichtung, allerdings mit vielen herdförmigen Ausfällen. Die typischen paralytischen Infiltrationen, Lymphozyten und Plasmazellen sind überall deutlich ausgesprochen, aber nur im mittleren Grade. Stäbchenzellen sind überall deutlich zu erkennen.

Vordere und hintere Zentralwindung: Meningen fast ganz gereinigt und frei von lymphozytären Infiltraten, keine Veränderungen an den Gefäßen der Meningen. Rinde gut erhalten, gute Zellarchitektur, nur geringe

[54]) Herrn Prof. *Kufs*, Leipzig, bin ich für die freundliche Durchsicht der Präparate zu tiefem Dank verpflichtet.

Digitized by Google

Ausfälle; im Gegensatz zum Stirnhirn viel geringere Lymphozytoplasmazelluläre Infiltration an den Gefäßen, die nur bei starker Vergrößerung zu erkennen ist. Auffallend ist dagegen, daß an mehreren Stellen eine noch ziemlich breitzonige Einscheidung einiger Gefäße der Marksubstanz mit Rundzellen vorhanden ist.

Im Ammonshorn eine auffallend starke herdförmige zellige Infiltration in den Meningen und im Gyrus hippocampi.

Stammganglien und Substantia nigra sind fast vollständig frei.

Im Mandelkern beträchliche Infiltration, starke Verkalkung der Blutgefäße im Putamen und Pallidum.

Hinterhauptswindungen, Meningen, Rinde und Mark so gut wie frei.

Kleinhirn, Pons frei. Medulla obl. An der Basis geringe Infiltration an den Meningen einiger Gefäße.

Spirochaeten nicht nachweisbar.

Auch die Eisenreaktion entspricht in ihrer Intensität durchaus dem Rückgang des Krankheitsprozesses, wie er sich im Zellbild ausspricht.

Im Ganzen handelt es sich um eine sehr deutlich in Remission begriffene Paralyse.

Der höchstwahrscheinlich mit manisch-depressivem Irresein familiär belastete Pat. erkrankte 25 Jahre nach der Infektion mit einem Zustand, der fast völlig einer endogenen Depression gleicht. Der körperliche und serologische Befund ließ eine Paralyse schon klinisch erkennen. Eine sehr milde und verhältnismäßig kurz dauernde unspezifische Behandlung mit 20 Injektionen Nucleotrat führte eine fortschreitende Besserung des Liquorbefundes herbei, die durch die übliche spezifische Nachbehandlung erheblich beschleunigt wurde. Die einsetzende psychische Remission kündigte sich durch Tagesschwankungen an. Die anatomische Untersuchung ergab eine der Liquorbesserung entsprechende weitgehende Beeinflussung des paralytischen Prozesses.

Der Pat. gehörte zu der erstmalig von *Schröder* [55]) beschriebenen Gruppe von Paralytikern, bei denen der beginnende Prozeß zunächst eine akute Episode einer endogenen Erkrankung auslöste. Die Veranlagung zu dieser Erkrankung läßt sich bei unserm Fall nicht nur wie bei den bisher beschriebenen aus der praemorbiden Persönlichkeit erschließen, sondern sie geht auch aus der familiären Belastung hervor. Die gute Beeinflussung der meisten Paralysen, die wenigstens symptomatologisch gewisse Beziehungen zum manisch-depressiven Irresein haben, durch die Malariatherapie ist bekannt. Sie wird z. T. darauf zurückgeführt, daß die Krankheit bei einer Veranlagung zur endogenen Psychose schon frühzeitig durch die eindrucksvollen psychischen Symptome erkannt und somit in einem günstigen Stadium behandelt werden kann. Andererseits glaubt man auch, daß die manische oder depressive Exazerbation leichter abklingt und so im Anschluß an die Behandlung ebenso wie auch spon-

[55]) Monatsschr. f. Psychatrie, Bd. 32, S. 429.

Digitized by Google

tan eine wesentliche psychische Besserung eintritt. Daß es sich bei unserem Kranken um eine derartige spontane Remission gehandelt hat, ist nicht anzunehmen, denn die Besserung kam in erster Linie im Rückgang der Liquorveränderungen zum Ausdruck; die Depression pflegt ja in solchen Fällen, wie *Bostroem* [56]) ausführte, ihren eigenen Gesetzen folgend, erst später abzuklingen. Die geringe Intensität der Reaktionen und ihre geringe Gesamtzahl zeigen deutlich, wie schwach die zur Erzielung einer ausreichenden therapeutischen Wirkung notwendige Dosis der unspezifischen Behandlung sein konnte. Daß nicht etwa die spezifische Behandlung in solchen Fällen für die günstige Wirkung ausschließlich verantwortlich zu machen ist, geht aus einer Beobachtung *Bostroems* an einem manischen Paralytiker hervor, bei dem eine kombinierte Quecksilber-Salvarsankur lediglich eine mäßige Herabsetzung der Zellzahl und eine nur geringe Abschwächung der Wa.R. im Liquor bewirkte. Diese Besserung hielt überdies nur kurze Zeit vor. Auch bei einem der manischen Paralytiker *Schröders* hatte die spezifische Behandlung den Liquor nicht zu bessern vermocht, während in einem anderen Fall eine schwere Eiterung in Verbindung mit einer spezifischen Behandlung den Liquor deutlich besserte.

Fall 2. Kr., F., Kontorist, geb. 24. 7. 93.

Vom 16. 1. — 4. 9. 36 in der Klinik. Infektionstermin unbekannt. Durch Kriegsverletzung rechtes Knie versteift. Pat. galt von jeher als reizbar und außerordentlich leichtsinnig. Ende Januar 1935 im Krankenhaus wegen entzündeter Frostbeule. Lymphangitis und -adenitis des linken Oberschenkels, mäßige Temperaturen. Zwei Incisionen im Chloraethylrausch. Nach der Entlassung im Februar 1935 wurde Pat. auffällig. Er wurde vergeßlich, beging allerlei verkehrte Handlungen, heizte im Hochsommer seinen Ofen, bügelte andauernd seinen Anzug, wurde einmal mit dem Pullover seiner Frau bekleidet unter dem Bett liegend aufgefunden. In seinem Dienst machte er grobe Rechenfehler, sodaß er von seiner Firma entlassen wurde. Er begann viel zu essen.

Bei der Aufnahme war Pat. geordnet. Bei der Exploration begann er massenhaft wahnhaft begründete Eifersuchtsideen gegen seine Frau vorzubringen: Bei seinem Aufenthalt im Krankenhaus habe man ihn mit ultravioletten Strahlen sterilisieren wollen. Seine Frau habe ein Verhältnis mit einem seiner Arbeitskameraden. Dieser rieche oft nach dem Parfüm seiner Frau, mache Andeutungen über seinen heimlichen Verkehr mit ihr usw. Die Fehler auf seiner Arbeitsstelle habe er in einem hypnotischen Zustand gemacht, sonst sei er völlig gesund.

Eine wesentliche Demenz war bei der Intelligenzprüfung nicht nachzuweisen, dagegen war seine Handschrift verschmiert, verzittert und voll von Fehlern und Auslassungen. Im Ganzen wirkte er deutlich organisch persönlichkeitsverändert, umständlich und etwas hilflos. Bei der Schilderung seiner Wahnideen verriet er wenig Affekt.

Somatisch: Pupillen eng, verzogen, Li. > R. Lichtreaktion träge, Convergenzreaktion tadellos, keine Dysathrie.

[56]) Archiv f. Psych. Bd. 86, Heft 2.

Digitized by Google

Serologischer Befund: 17. 1. 36. Blut Wa.R. ++ MTR +.
17. 1. 36.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
267/3	4	3	0	++++0,2	1223443321 0	1a1a1a2b4b4b3b2a1b1a

Verlauf: In den ersten Tagen der Beobachtung hypochondrisch, weinerlich.

Vom 23. 1. — 4. 2. 36 täglich eine Ampulle Nucleotrat i. m. Temperaturen bis 38°.

Am 1. 2. 36 sofort nach der intramuskulären Injektion Schüttelfrost, Erbrechen, Fieberanstieg auf 40,2°. Das Blutbild, das nach den bisherigen Injektionen eine Leucocytose von 12—18000, eine Kernverschiebung von 10—20% Stabkernigen und normale Leukocytenwerte aufgewiesen hatte, zeigt jetzt bei relativ niedrigen Leukocytenwerten (12000) vorübergehend eine Linksverschiebung bis zu 57% Stabkernigen und eine Lymphopenie bis zu 6%.

2. 2. 36. 2. Punktion, 2 Tage nach Abfall des Fiebers. Erheblicher Rückgang der Zellen und der Wa.R.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
158/3	3	2	ø	++++0,3	0123443321 0	1a1a1b3b4b3b2b2a1b1a

19. 2. 36. 3. Punktion. Da in der Zwischenzeit die Zellzahl weiter stark zurückgegangen ist und sich die Colloidkurven ebenfalls gebessert haben, wird von einer weiteren Behandlung abgesehen. Psychisch ist Pat. im wesentlichen unverändert. Er hält fest an seinen Eifersuchtsideen, berichtet von inneren Stimmen, die er hört und die ihm Aufträge geben. Seine Darstellung erinnert an Verbalhalluzinose. Genaues ist jedoch nicht von ihm zu erfahren.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
64/3	4	3	1	++++0,3	0111233321 0	1a1a2a2b3b2b1b1a

6. 3. 36. Beginn mit Neo-Salvarsan bis 6 gr und Bismogenol bis 12 ccm.

11. 3. 36. 4. Punktion nach der 2. Neo-Salvarsaninjektion: deutlicher Rückgang von Globulin, Zellen, Wa.R. und Colloidreaktion.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
30/3	3	3	1	+0,4	0123443210	

30. 4. 36. 5. Punktion. Weiterer Rückgang aller Reaktionen. Psychisch: unruhig, gespannt, ablehnend. Drängt auf Entlassung, hält an seinen Ideen fest, wird plötzlich aggresiv gegen die Pfleger, drückt sich auf der Station in den Ecken herum ohne Konnex mit anderen Kranken. Blut Wa.R.+++. MTR +.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
14/3	3	3	1	+0,5	0123332100	

20. 6. 36. 6. Punktion. Liquor weitgehend saniert. Zustandsbild unverändert.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
22/3	2	2	ø	ø	0000122100	

4. 9. 36. Bei der Entlassung ist Pat. psychisch noch nicht gebessert. Hat nicht korrigiert, will nicht wieder zurück zur Frau. Nach der Entlassung hat sich Pat. 4 Wochen auf Wanderschaft herumgetrieben ohne sich um die Familie zu kümmern. Er kehrte dann freiwillig nach Hause zurück. Bei der Nachuntersuchung ergab sich, daß er einen großen Teil seiner Wahnideen, vor allem die halluzinatorischen Erlebnisse und die Ideen von Beeinträchtigung

Digitized by Google

im Krankenhaus korrigiert hatte. An der Eifersucht gegen die Frau hielt er (wie objektive Nachforschungen ergaben, wohl nicht ohne Grund) fest, motivierte sie aber nicht mehr in der abenteuerlichen, wahnhaften Form wie früher. Die Beobachtung auf der Station zeigte eine deutliche Besserung. Pat. hatte mehr Konnex mit den anderen Kranken, er verhielt sich äußerlich geordnet und unauffällig. Seine Schrift war zügig und flott.

Dieser Kranke ist wohl der einzige aus unserer Reihe, bei dem die Diagnose »Paralyse« ernstlich in Zweifel gezogen werden könnte. Es läßt sich aber nicht verkennen, daß das Bindeglied zwischen der neurologisch und serologisch nachgewiesenen Lues des Zentralnervensystems und den im Vordergrunde des psychischen Zustandsbildes stehenden paranoiden Symptomen durch eine deutliche erkennbare organische Demenz gegeben ist. Die Merkfähigkeits- und Aufmerksamkeitsstörungen, die zur Entlassung aus seiner Stellung führten, seine zum Teil unsinnigen Handlungen, die Schriftstörung und die Veränderung seines gesamten Ausdrucksverhaltens, nicht zuletzt auch der Beginn der paranoischen Ideen mit augenscheinlich deliranten Erlebnissen sprechen für eine organische Grundlage des Zustandsbildes. Differentialdiagnostisch käme eine Luespsychose etwa aus dem Umkreis der *Plaut*schen Halluzinosen in Frage, doch spricht hiergegen die deutlich organische Färbung des Zustandsbildes und der stark positive Liquorbefund, wenn auch nicht alle Liquorveränderungen den charakteristischen Paralysetyp aufweisen. Für das Wahrscheinlichste halten wir, daß es sich um einen initialen paralytischen Prozeß handelt, der durch die durchgemachte eitrige Infektion weitgehend abgeschwächt wurde. Das häufige Vorkommen paranoischer Bilder bei langsam progredienter bzw. stationärer Paralyse ist ja schon vor dem Bekanntwerden der paranoid-halluzinatorischen Bilder nach der Malariakur seit *Kern* [57]) bekannt.

Die therapeutisch wirksame Dosis ist bei unserem Kranken äußerst gering. Dabei ist es nicht möglich, die Besserung auf den hohen Fieberanstieg bei der letzten Injektion zurückzuführen, denn die Punktion 2 Tage nach dieser starken Reaktion zeigte bereits deutliche Sanierungstendenz des Liquors, von der man nicht annehmen kann, daß sie innerhalb dieser 2 Tage aufgetreten sei.

Der Verlauf, den die Paralyse bei diesen beiden Kranken unter dem Einfluß der Behandlung nahm, läßt erkennen, wie erstaunlich gering unter Umständen das zur Herbeiführung einer wesentlichen Besserung erforderliche Quantum an unspezifischer Behandlung sein kann. Die Anzahl der verabfolgten Injektionen übersteigt zwar die gebräuchliche Menge der Anfälle bei der Malariakur, sie betrug aber bei dem einen Kranken nicht mehr als die übliche Zahl der Fieberstöße bei den nichtinfektiösen Methoden, bei dem anderen lag sie etwa an der oberen Grenze der sonst verabfolgten Menge an Fieberreaktionen.

[57]) Z. Neurol. Bd. 4, S. 12.

Digitized by Google

Trotz der äußerst geringen Intensität der Einzelreaktionen war bereits etwa 4 Wochen nach Beginn der Behandlung eine so wesentliche Besserung des Liquorbefundes eingetreten, daß wir uns berechtigt glaubten, einstweilen die unspezifische Behandlung abzubrechen. Die weiter fortschreitende Besserung der Liquorbefunde gab uns hierin Recht. Daß es sich bei diesen beiden Fällen um einen ausnahmsweise günstigen Verlauf handeln müsse, war von vornherein anzunehmen. Die oben erwähnten Untersuchungen von *Pappenheim* und *Volk* lehren ja, daß man mit einer entsprechenden Anzahl von sehr viel intensiveren Fieberrektionen nur ausnahmsweise eine wesentliche Beeinflussung des Liquors erzielen kann.

Jedenfalls aber beweisen diese beiden Fälle die prinzipielle Wirksamkeit der geringen Einzeldosen und aus dieser Tatsache ergibt sich eine weitere Fragestellung, der wir wesentliche Bedeutung für Theorie und Praxis der Paralysebehandlung beimessen möchten: Beschränkt sich die Heilwirkung der geringen Dosen auf wenige Fälle mit ganz besonders günstiger Remissionstendenz? Oder kann man durch Steigerung der Zahl der geringen Einzeldosen das Quantum der unspezifischen Behandlung auf das Ausmaß bringen, das bei den Paralysen mit durchschnittlicher Remissionstendenz für eine deutlich erkennbare Heilwirkung erforderlich ist?

Auf Grund der nun folgenden Krankheitgeschichten glauben wir, diese Frage beantworten zu können. Alle jetzt zu besprechenden Kranken haben erheblich mehr Injektionen erhalten als die beiden ersten. Mit Ausnahme eines Patienten, der vielleicht zu der Gruppe der besonders leicht remittierenden gehört (Fall 5), ging bei ihnen die Rückbildung der Liquorsymptome erheblich langsamer vor sich als bei den beiden eben beschriebenen. Einige von ihnen stehen noch in der Behandlung, bei andern ließ sich die Therapie aus verschiedenen Gründen nicht vollständig durchführen.

Immerhin zeigt die Mehrzahl von ihnen nach einer längeren Behandlung eine unverkennbare Neigung zu weitgehender Remission der Krankheit, die vor allem im Liquor eindeutig zum Ausdruck kommt.

Fall 3. Tö., F., Kassiererin, geboren 24. 4. 1895.

In der Klinik seit 15. 4. 1936. Galt von jeher als fröhlicher, warmherziger, lebenslustiger Mensch. Seit Dezember 1935 war sie ab und zu schwermütig, weinte ohne erkennbaren Grund. Seit April 1936 wurde Pat. nachts ängstlich, redete davon, daß sie abgeholt und geköpft würde, hörte die drohende und beschimpfende Stimme der Nachbarin, Stimmen, die ihre Handlungen registrierten usw. Einweisung wegen eines Suicidversuches.

Bei der Aufnahme war Pat. nicht ganz orientiert, aber klar und ansprechbar, sie sprach ideenflüchtig durcheinander. Bei der Exploration wirkte sie fast hypomanisch: Sie berichtete von ihren ängstlichen und halluzinatorischen Erlebnissen in epischer Breite mit lebhafter Geste und Mimik, bei der Schilderung ab zu in Weinen ausbrechend, sofort aber wieder ins Hypo-

Digitized by Google

manische umschlagend. Die Schilderung ihrer Halluzinationen erinnerte stark an eine echte Verbal-Halluzinose. Eine Intelligenzprüfung ließ sich nicht durchführen. Anhaltspunkte für wesentliche Demenz ergaben sich nicht.

Somatisch: sehr schwächlich, 49 kg Gewicht. Pupillen entrundet, träge Lichtreaktion, sonst kein krankhafter Befund.

Serologischer Befund: 18. 4. 36. Blut Wa.R. ++++ MTR ++. 18. 4. 36.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
$^{65}/_{3}$	4	4	4	++++0,1	*3*55555543210	

Verlauf: In den ersten Tagen nach der Aufnahme schlug der Erregungszustand um. Pat. lag mit geschlossenen Augen teilnahmslos im Bett, mußte gefüttert werden, verunreinigte sich regelmäßig. Ihren spärlichen Äußerungen konnte man entnehmen, daß sie sich Sorgen um ihre Tochter machte, zeitweilig weinte sie laut.

29. 4. 36. Beginn mit Nucleotrathandlung, 1—10 ccm beginnend, täglich 2 Injektionen.

14. 5. 36. 25 Injektionen. Temperatur nur zweimal zwischen 37° und 38,8. Pat. ist meist noch stuporös, mutet dabei fast schläfrig an, ab und zu ängstliche Erregungszustände.

2. Punktion: leichter Rückgang der Globolinreaktion und der Zellzahl, deutlicher Rückgang der Colloidreaktion.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
$^{52}/_{3}$	4	4	3	++++0,1	*112*235543210	1a1b2b3b5a5a4a3a2b1b1a

18. 6. 36. Jeden zweiten Tag 5 ccm Nucleotrat i. v. 17 Injektionen, dazu 5 gr Neo-Salvarsan und 16 ccm Bismogenol. Temperatur wie früher. Verhalten unverändert, nur häufiger schwere ängstliche Erregungszustände. Verweigert häufig die Nahrungsaufnahme, starker Gewichtssturz.

3. Punktion: weiterer Rückgang von Zellen und Globulin-Reaktion. Colloidkurve weiter abgeflacht.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
$^{28}/_{3}$	4	3	1	++++0,1	*1*223443210	1a1a1b3b4b4b3b2b1b1a

9. 7. 36. Hat weitere 5 Injektionen Nucleotrat erhalten. In den letzten Tagen starker Durchfall. Rapide Gewichtsabnahme. Keine Temperatur.

13. 7. 36. 4. Punktion. Zellen normal. Goldsol Lueszacke. Wa.R. leicht gebessert. Globulinreaktion etwas verstärkt.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
$^{9}/_{3}$	4	4	1	++++0,2	00123333210	

25. 8. 36. Die Durchfälle beginnen jetzt erst aufzuhören, das Gewicht ist auf 37 kg herabgesunken. Pat. die bisher fast immer stuporös im Bett gelegen hatte, beginnt etwas frischer zu werden, ißt besser. Zeitweilig noch ganz abrupte ängstliche Erregung.

2. 9. 36. 5. Punktion. Deutlicher Rückgang der Wa.R.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
$^{3}/_{3}$	4	3	1	++0,3	0122333210	1a1b2b4b4b4b3b2b1b1a

15. 9. 36. Zugänglich und freundlich, gibt geordnete und klare Antworten, gleitet, sich selbst überlassen, noch leicht in ihre alte stuporöse Initiativlosigkeit ab. Intelligenzprüfung gibt nur geringe Ausfälle.

Digitized by Google

20. 10. 36. Deutliche Gewichtszunahme. Erwachen der Iniative. Pat. unterhält sich spontan und lebhaft, äußert Wünsche und beginnt zu lesen.

Trotz des schweren psychotischen Zustandes handelt es sich bei der Pat. wohl um eine Form der Paralyse, bei der man nach den Erfahrungen *Schröders* [58]) eine gewisse Neigung zur Spontanremission annehmen muß. Nach depressivem Beginn mischen sich depressiv-ängstliche Erregungszustände mit maniformen Einschlägen, katatonen und halluzinatorischen Zuständen. Die Krankheit besteht bei der Aufnahme noch nicht lange und eine grobe Intelligenzstörung scheint nicht vorzuliegen. Die durch den schlechten Körperzustand unbedingt gebotene Behandlung mit sehr geringen Dosen führt kaum jemals zu subfebrilen Reaktionen. Die Besserung des Liquors trat hier sehr allmählich nach einer erheblich größeren Anzahl von Injektionen (47) als bei den beiden ersten Fällen auf, blieb aber nach Aussetzen der Behandlung progredient. Psychische Remissionen und körperliche Erholung folgten der Liquorbesserung erst später.

Ein rein manisches Bild bietet der nächste Patient.

Fall 4. G. W., geb. 22. 11. 1864. Schneidermeister.

Seit 18. 8. 36 in der Klinik. Soll zeitlebens unauffällig gewesen sein, insbesondere nie psychotische Zustände gehabt haben. Infektionstermin unbekannt. Seit Dezember 1935 verändert, begann viel zu reden, sprach durcheinander. Im Verlauf der Monate zunehmend gereizt, begann viel zu schimpfen, wurde auch tätlich. Er ließ sich in Anzug und Sauberkeit gehen. Anfang August 1936 wurde er unruhiger, hatte den Drang sich zu betätigen, zerhackte Möbelstücke, wurde umtriebig, erzählte von großen Plänen, das Gedächtnis ließ nach. Eine Woche vor der Aufnahme fuhr er nach Dresden, um seine alte Kaserne zu besuchen, trank dort in seinem alten Stammlokal herum, wollte zu Fuß nach Leipzig gehen, als er sein Geld verbraucht hatte. Unterwegs aufgegriffen und zu den Angehörigen gebracht, wurde er wegen erneuter Erregung in die Klinik eingewiesen. Bei der Aufnahme bot er das Bild einer gereizten Manie, redete unaufhörlich, schimpfte, war schlagfertig und witzig. Keine Orientierungsstörungen. Bei der Intelligenzprüfung redete er drauf los. Er schrieb mit großen Zügen Beschwerdeschriften.

Somatisch: Reduzierter Ernährungszustand. Seniler Habitus. Deutliche Arteriosklerose. Kleiner, ziemlich harter Puls. Blutdruck 140/60 mm. Pupillen: Lichtreaktion etwas träge, sonst neurologisch kein Befund.

Serologischer Befund: 24. 8. 36. Blut Wa.R. ++++ MTR ++.

24. 8. 36.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
$^{133}/_{3}$	4	4	4	++++	0,1 5555555543210	1b1b1b4b5b5b5b5b5b3b1a

1. 9. 36. Verlauf: Beginn mit Pyrifer, 2 ccm Präparat D. und 1 ccm Bismogenol.

Reaktion: Nach der ersten Injektion von 10 Einheiten 40,2° Fieber, in den folgenden Tagen trotz hoher Dosierung nicht über 38,5°.

18. 9. 36. Bisher 17 Injektionen mit Pyrifer und 15 mit Präparat D. 13 Bismogenol.

[58]) l. c.

Digitized by Google

Psychisch ruhig, geordnet, Erregung völlig abgeklungen. Etwas indolent, aber nicht grob dement.

2. Punktion: Besserung von Zellzahl und Globulinreaktion. Leichter Rückgang der Colloidkurven.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
$^{21}/_{3}$	4	4	2	++++0,1	*1455555543210*	1b1b1b3b4b5b5b5b4b3b2b1b1a

15. 10. 36. Weitere 23 Injektionen Pyrifer bis zu 40 Einheiten, einmal 39°, zweimal 38,5° erreicht, sonst unter 38°.

3. Punktion: Zellzahl normal, Globulin und Colloidreaktionen weiter im Rückgang. Wa.R. etwas abgeschwächt. Pat. ist körperlich etwas mitgenommen, mäßige Anaemie, psychisch ruhig und geordnet.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
$^{8}/_{3}$	4	4	1	++++0,2	012355543210	1b1b1b3b4b4b4b3b2b1b1a

In den letzten Wochen des Oktober tritt eine zunehmende Herzschwäche auf, welcher der Pat. am 11. 11. 36 erliegt. Pat. war in den letzten Tagen benommen, vorher psychisch unauffällig.

In diesem Falle klingt die manische Erregung, die in langsamer Steigerung mindestens 8 Monate angehalten hatte, innerhalb von 14 Tagen nach Behandlungsbeginn rasch ab. 40 Injektionen, die mit einer Ausnahme zu nur leichten Temperatursteigerungen führen, bewirken eine recht gute Remission des Liquorbefundes.

5. Fall. St. K., Geschäftsgehilfe, geb. 21. 11. 1901.

In der Klinik vom 6. 4.—21. 5. 36. Vor der Erkrankung unauffällig. Infektion 1927. Unbehandelt. Mehrere Monate vor der Aufnahme Beginn der Erkrankung mit Vergeßlichkeit, Ängstlichkeit und Unruhe, massenhaft hypochondrische Ideen, Stuhlbeschwerden, Herzsensationen. Nachlassen der gewohnten Interessen. Bei der Exploration etwas stumpf und schwer anregbar. Pat. schildert aber dann seine Beschwerden sehr lebhaft mit dem Unterton der Beunruhigung und ängstlicher Besorgtheit, immer wieder auf seine Stuhlbeschwerden zurückkommend, schildert mit guter Selbstbeobachtung seine allgemeine Asthenisierung.

Somatisch: Pupillen entrundet, aber prompte Reaktionen. Zungentremor, sonst kein körperlicher Befund.

Serologischer Befund: 7. 4. 37. Blut Wa.R. ++ MTR ++
7. 4. 36.:

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
287/3	4	4	3	++++0,2	*IIII234443210*	

Verlauf: In den ersten Tagen kommt die allgemeine Niveausenkung zum Vorschein: Ausdrucksmäßig durch die leise monotone Sprache und die undifferenzierte Mimik, die oft den Ausdruck des leicht Ratlosen hat. In seinen Äußerungen kehren stereotyp die kritiklosen, hypochondrischen Beschwerden wieder.

14. 4. 36. Beginn mit Pyriferbehandlung. 10 Einheiten. 1 Zacke bis 38,5°, später nicht über 37,5°.

Digitized by Google

17. 4. 36. Hin und wieder ist Pat. trotz nur subfebriler Temperatur leicht bewußtseinsgetrübt »vergeßlich«, steht plötzlich auf und steht im Saal herum, vergißt, daß er das Thermometer in der Achselhöhle hat. Manchmal ist er direkt verwirrt und motorisch leicht unruhig.

27. 4. 36. Zweite Punktion nach 15 Injektionen. Leichter Zellenrückgang, starker Rückgang der Wa.R.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
226/3	4	4	3	++0,4	0112344321 0	

18. 5. 36. 14 Injektionen von Pyrifer und Nucleotrat abwechselnd. Temperatur nicht über 37,3°, 3,75 g Neo-Salvarsan.

3. Punktion. Wesentlicher Rückgang der Zellen und der Wa.R., Globulinreaktion gebessert.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
100/3	4	3	1	+0,4	0115443321 0	1b1b1b4b5b4a3b2b1b1a

Gewichtzunahme. Psychisch erheblich komponierter, kaum noch auffällig. Wird auf Drängen der Angehörigen entlassen. Schreibt 8 Wochen später, er befinde sich wohl, er wolle sich nicht nachuntersuchen lassen.

Die sehr schnell einsetzende Besserung zeigt, daß es sich bei diesem Patienten wohl um einen Fall mit sehr großer Remissionstendenz handelt. Zwar war die Zellzahl nach den 29 Injektionen noch recht hoch, aber ihre rasche relative Abnahme und das rapide Zurückgehen der Wa.R. und der Globulinreaktionen zeigen doch, daß eine schnelle Ausheilung des Prozesses zu erwarten war.

Natürlich können wir in Anbetracht der kurzen Beobachtungsdauer nicht sagen, ob die Menge der Behandlung für eine fortschreitende Besserung ausreichte oder ob es sich nur um eine vorübergehende Remission handelt.

Fall 6. Sch., K., Bauschlosser, geb. 1. 3. 1879.

Seit 9. 9. 36 in Behandlung. Vorgeschichte unauffällig. Infektionstermin unbekannt. Angeblich erst seit einigen Wochen vor der Aufnahme zeitweilig verwirrt, lief ohne Jakett und Schuhe in Unterhosen auf die Straße, ging morgens um 4 Uhr mit seinem Geschirr zur Volksküche, um sich Essen zu holen, bedrohte seine Nachbarin aus unbekannten Gründen, rumorte und schimpfte in der Wohnung.

Bei der Aufnahme zeitlich und örtlich desorientiert. Hat keinerlei Kenntnis der wichtigsten Zeitereignisse, starke Merk- und Auffassungsstörungen, redet bei der Intelligenzprüfung verantwortungslos drauflos. Leicht euphorisch.

Somatisch: Schlechter Ernährungszustand, kleiner Puls, enge, lichtstarre Pupillen, Li. Gordon u. Oppenheim +, sonst normales Reflexverhalten. Dysarthrie bei Testworten.

Serologischer Befund: 10. 9. 36. Blut Wa.R. ++++ MTR ++. 10. 9. 36:

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
75/3	4	4	4	++++0,1	4555555555432 10	1a1a1a2b4b5b5b5b5b5b4a2b1b1a

Digitized by Google

Verlauf: 11. 9. 36. Beginn mit Pyriferkur. 20 Einheiten. Pat. ist bisher subdelirant, wühlt im Bett, sucht unter dem Kopfkissen nach Geld, unsauber mit Kot und Urin.

16. 9. 36. Hat einmal Temperatursteigerung auf 38,5° gehabt, daher in der Folge nur 15 Einheiten Pyrifer 11 Tage lang + 2 × 2 ccm Präparat D.

26. 9. 36. Bisher 14 Injektionen Pyrifer, fast nur Reaktionen bis 37,2. Deliranter Zustand im wesentlichen abgeklungen. Pat. liegt meist ruhig und indolent im Bett. Bland-euphorische Stimmung. Grobe Demenz.

2. Punktion: Rückgang von Zellen, Colloidkurven u. Wa.R.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol
18/3	4	4	4	++++0,2	0123455555432 22

Ma.

1a1a1a1b2b4b5b5b5b4b3b3a2a

18. 10. 36. 18 weitere Injektionen, Temperatur 2 × bis 38,5°, sonst unter 38°. Bei Temperatur über 38° verwirrt.

3. Punktion: weiterer Rückgang der Colloidkurven.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsal
15/3	4	4	4	++++0,2	0122334554321 0

Ma.

1a1a1a1b3b4b5b5b4b3b2b1b1a

25. 10. 36. Bisher 32 Injektionen, nicht mehr delirant, klar, aber indolant, dement, körperlich sehr gut erholt.

Die schwere, die Bewußtseinsstörung überdauernde Demenz erwies, daß es sich trotz der angeblich kurzen Anamnese um einen ziemlich weit vorgeschrittenen Fall handeln muß. 32 Pyriferinjektionen mit subfebrilen Reaktionen brachten eine wesentliche Liquorbesserung, ein Abklingen der deliranten Erscheinungen und gute vegetative Erholung zuwege.

Die Behandlung wird augenblicklich noch fortgesetzt, obwohl angesichts des psychischen Zustandes wohl kaum mit einer wesentlichen klinischen Besserung zu rechnen ist.

Fall 7. B., H., Oberpostsekretär, geb. 22. 8. 1890.

In der Klinik vom 13. 1.—16. 5. 36. Normale Entwicklung und soziale Laufbahn, wird als stiller, etwas befangener, zurückgezogener Mensch geschildert. 1911 Lues. Eine Salvarsankur. Im Jahre 1934 plötzlich auf dem linken Auge erblindet. Hat keine Behandlung vornehmen lassen. Anfang Dezember 1935 fiel der Frau auf, daß Pat. schlecht schlief und stiller im Wesen wurde. Am 20. 12. 36 trat während des Dienstes ein Schwächezustand auf, im Anschluß daran wurde Pat. zunehmend stiller und depressiver, grübelte, äußerte Verarmungsideen, meinte, er müsse trotz seiner Krankheit in den Dienst gehen, da er sonst das Gehalt nicht annehmen könne. Am 12. 1. 36 bestellte er den Milchmann ab, da er die Milch nicht mehr zahlen könne. Einige Stunden darauf verlor er für kurze Zeit die Sprache, er konnte die Worte nicht mehr herausbringen. Am nächsten Tage wurde er sehr unruhig und ängstlich, redete von Verarmung, von Selbstmord, wollte kein Licht mehr brennen, da er das Geld nicht mehr dazu habe, griff in ängstlicher Verzweiflung seine Frau an.

Digitized by Google

Bei der Aufnahme war Pat. desorientiert, sprach nicht, widerstrebte sinnlos, aber matt. Nachts wurde er ausgesprochen delirant verwirrt, er suchte seine Sachen, zerwühlte sein Bett, flüsterte vor sich hin.

Körperlicher Befund: blaß, pastös. Blutdruck 150/90 mm, kein krankhafter Herzbefund, aber sehr kleiner, frequenter Puls, zwischen 120—140 pro Minute. Pupillen r. Li. entrundet, amaurotische Starre, rechts träge Reaktion. Opticusatrophie links, Mundbeben, Lidflattern, Zungentremor. Dysarthrie. Fehlende Patellar- und Achillesreflexe.

Serologischer Befund: 14. 1. 36. Blut Wa.R. +++ MTR +
14. 1. 36:

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
498/3	4	4	3	++++0,1	24555553210	1a1a3b4b5b5b5b5b3b2a1a

Verlauf: In den ersten Tagen nach der Aufnahme fast andauernd delirant, unruhig, läuft aus dem Bett, redet vor sich hin, erlebt Szenen aus seinem Berufsleben. Tagsüber vorübergehend klar, orientiert sich dann, um alsbald in den sub-deliranten Zustand zurückzuversinken. Tachycardie hält an, bedrohlicher Zustand.

17. 1. 36. Beginn mit Nucleotratbehandlung, langanhaltende Temperatursteigerung zwischen 37,2—38,3°.

21. 1. 36. Heute erstmalig etwas ruhiger, orientiert sich, weinerlich, abends wieder unruhiger.

Nach 9 Nucleotratinjektionen ruhig und geordnet. Etwas ratlos depressiv.

2. Punktion: Zellzahl im Rückgang.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
110/3	4	4	3	++++0,1	245555543210	1a1a2b5b5b5b5b4b3b2a1b

28. 1.—3. 2. 36. 5 weitere Nucleotratinjektionen, dann Kur unterbrochen. Noch immer kleiner frequenter Puls. Pat. ist geordnet, still, matt, steht ratlos depressiv herum. Starkes Beben der Gesichtsmuskulatur.

6. 2. 36. 3. Punktion: Leichte Besserung von Wa.R. und Colloidkurven. Zellzahl nimmt wieder zu.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
190/3	4	4	3	++++0,2	122355542210	1a1a1b5b5b5b4b3b2b1b1a

17. 2. 36. Psychisch unverändert. 4. Punktion: weiterer Rückgang der Colloidkurven, Zellen, Eiweiß und Wa.R. verschlechtert.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Golsol	Ma.
217/3	4	4	4	++++0,1	122344443210	1a1a1b4a5a5a5a3b2b1b1a

19.—26. 2. 36. 7 Nucleotratinjektionen, Subfebril, schwitzt stark beim Temperaturabfall. Puls zwischen 100 und 110.

25. 2. 36. Vormittags plötzlich unruhig, erregt, verwirrt, springt aus dem Bett. Beschuldigt sich der schwersten Verbrechen. Man solle ihn erschießen. Jemand habe ihm ins Ohr gesagt, daß man seiner Frau die Gebärmutter herausgenommen habe, es sei ein Gerippe darin gewesen. Auch nachts subdelirantes Bild. Pat. redet vor sich hin. Am andern Tag berichtet er von allerlei deliranten Erlebnissen, zwischen Korrektur und residuärem Wahn schwankend.

2. 3. 36. 5. Punktion: Ziemlich unveränderter Liquor.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
169/3	4	4	4	++++0,1	145555554210	

Digitized by Google

19. 3. 36. Vielleicht etwas freier. Liest etwas. Untersuchung ergibt, daß eine grobe Demenz nicht besteht.

25. 3.—7. 4. 36. 12 Pyriferinjektionen von 5—10 Einheiten steigend. Auf die 2. und 3. Injektion Fieber bis 40 resp. 39,8°. Während des Fiebers delirant, Puls sehr klein und frequent. Später trotz gesteigerter Dosis nicht über 38°.

14. 4. 36. Fortsetzung der Pyriferbehandlung.

20. 4. 36. 6. Punktion: wesentliche Besserung von Colloidkurven und Globulinreaktionen. Zellanstieg.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
250/3	4	4	2	++++0,1	*122*23444321*0*	1a1a1a2b4b4b4b3b2b1b1a

21. 4. 36. Pyrifer und Nucleotrat abwechselnd. Neosalvarsan und Bismogenol.

8. 5. 36. Ist 16mal subfebril gewesen, hat 6 g Neosalvarsan und 12 mm Bismogenol erhalten. War bereits regelmäßig morgens freier und lebhafter, wurde während der Temperatursteigerung depressiv und weinerlich, klagte über Herzklopfen, Puls bei subfebriler Temperatur immer noch um 110.

11. 5. 36. Nach Absetzen des Fiebers ist Pat. wesentlich lebhafter und freier, motorisch gewandter geworden, er beginnt auf der Station mit zu helfen, liest Zeitungen usw.

8. Punktion: Wesentlicher Rückgang der Zellzahl. Weichbrodt negativ, Colloidkurven weiter gebessert.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
44/3	4	4	0	++++0,2	0*1*223444321*0*	1a1a1b4b4b4b3b2a1a

16. 5. 36. Entlassen.

10. 6. 36. 9. Punktion: weiterer Rückgang der Zellzahl.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
27/3	4	4	0	++++0,2	0123444321*0*	1a1a2a4b4b4a2b1b1a

6. 7.—20. 7. 36. 12 intravenöse Nucleotratinjektionen von 1—5 ccm steigend. Da die Behandlung ambulant vorgenommen wird, ist die Wirkung nicht genau zu kontrollieren. Pat. mißt Temperaturen bis zu 37,4°.

20. 7. 36. 10. Punktion: Keine wesentliche Änderung des Liquors.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
23/3	4	3	1	++++0,2	0123443210	1a1a1b3b4b3b2b1b1a

22. 7.—19. 8. 36. In 2tägigen Abständen 6 ccm Nucleotrat und Neosalvarsan intravenös. 12 Injektionen. 6 g Neosalvarsan.

7. 9. 36. Wohlbefinden. Das Gewicht, das bis zur Entlassung stationär geblieben war, ist um 10 kg gestiegen. Pulsfrequenz normal. Pat. fühlt sich körperlich leistungsfähig. Stimmung ausgeglichen. Klagt noch über gewisse Vergeßlichkeit. Gelesenes bleibe nicht richtig haften. Ehefrau ist zufrieden. Die Besserung sei fortgeschritten, Stimmung gut. Nicht mehr depressiv. Die Initiative sei zurückgekehrt.

Objektiv: Motorisch etwas unbeholfen, leicht verlegen und aus der Fassung gebracht. Deutliche Besserung gegenüber dem letzten Befund.

Liquor: Erheblicher Rückgang der Globulinreaktionen, Zellzahl fast normal. Colloidkurven zeigen Lueszacke. Wa.R. unbeeinflußt.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
11/3	4	2	1	++++0,1	0123443320	1a1a2a3b4a3b2b1b1a

Blut Wa.R. +.

Digitized by Google

10. 11. 36. Die Besserung ist soweit fortgeschritten, daß Pat. wieder dienstfähig geworden ist.

Die besondere Bedeutung des Falles liegt darin, daß uns der körperliche Zustand des Kranken zwang, die Behandlung mit kleinsten Dosen fortzuführen, obwohl lange Zeit eine eindeutige Besserung des psychischen und des Liquorbefundes ausblieb. Erst nach über 70 Injektionen, 12 g Neosalvarsan und 12 ccm Bismogenol trat 9 Monate nach Beginn der Behandlung die Remission deutlich in Erscheinung. Obwohl die Wa.R. im Liquor noch stark positiv geblieben ist, können wir doch bei dem Rückgang aller übrigen Reaktionen von einem Übergangsbefund im Sinne *Dattners* sprechen. Wir wissen ja, daß die Wa.R. in vielen Fällen die Rückbildung aller übrigen Symptome lange überdauern kann.

Fall 8. V. H., Zugschaffner, geb. 20. 4. 1884.

In der Klinik vom 2.—30. 6. 36. Vom Arzt wegen Taboparalyse eingewiesen. Vor 3 Jahren spezifische Kur wegen positiver BlutWa.R. Seit einigen Monaten Wesensveränderung. Bei der Aufnahme äußerlich geordnet. Bei der Exploration eigenartig fahrig, unruhig, leicht in Verlegenheit gebracht, spricht hastig, in merkwürdigen Anakoluten, lacht zwischendurch verlegen, findet bei der Intelligenzprüfung naheliegende Lösungen nicht. Auffällig ungeschickt beim An- und Auskleiden. Zieht das Hemd verkehrt an usw. Die Unbeholfenheit geht weit über eine etwaige tabische Ataxie hinaus. Deutliche Merkschwäche, keine groben Kritikstörungen.

Somatisch: Blaß, reduzierter Ernährungszustand. Pupillen eng, verzogen, lichtstarr. Beben der Zungenmuskulatur. Deutliche Dysarthrie. Hypotonie der Beine. Fehlende Achilles- und Patellarreflexe. Ataxie, kältehyperästhetische Gürtelzone usw.

Serologischer Befund: 4. 6. 36. Blut Wa.R. ++ MTR ++

4. 6. 36:

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
23/3	4	4	4	++++0,1	*II*2255555543210	1a1a2a3a4b5b5b5b5b3b2b1b1a

Verlauf: 11. 6. 36. Beginn mit Nucleotratbehandlung 1—5 ccm i. v. steigend. Subfebril bis 37,3°.

29. 6. 36. Nach 15 Injektionen 2. Punktion: Colloidkurven deutlich, Wa.R. leicht gebessert. Starke Zellvermehrung. Psychisch keine Änderung. Pat. ist euphorisch, starker Betätigungsdrang. Erbietet sich die Betten zu klopfen und wirft frühmorgens alle Kranken aus den Betten, übersteigert sich in seinen Affektäußerungen.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
81/3	4	4	4	++++0,2	*II*2245432l0	1a1a1a2b3b4a5a4a3a1b1a

2. 7.—3. 8. 36. 26 intravenöse Nucleotratinjektionen + 12 × 2 ccm Präparat D. Abendtemperatur 37,3—37,5°. In den ersten Wochen des Juli völlig dekomponiert, weint und lacht durcheinander, ist exaltiert in seinen Äußerungen, unbeholfen, vergeßlich. Ende Juli wesentlich gebessert, ruhiger,

Digitized by Google

beherrschter, aber immer noch affektlabil. Seit der Entlassung Gewichtsanstieg von 66 auf 71 kg.

3. 8. 36. 3. Punktion: Zellen fast normal. Wa.R. leicht gebessert.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
11/3	4	4	4	++++0,2	4444555443210	1a1a1b4b4b4b4b3b2b1b1a

4. 8.—30. 9. 36. 43 Pyriferinjektionen, Temperaturen (ambulant gemessen) nicht über 37,5°.

9. 9. 36. 4. Punktion: Globulinreaktion etwas gebessert. Wa.R. wieder stark positiv.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
16/3	4	4	3	++++0,1	*12345554321*0	1a1a2b5a5a5a4a3a2b1a

16. 10. 36. Psychisch weiter gebessert. Immer noch leicht euphorische Note, aber völlig komponiert, ruhig, weitere Gewichtszunahme.

Hier scheint es so, als ob die in den ersten Wochen der Behandlung auftretende psychische Verschlechterung in der starken Vermehrung der Liquorzellen ihren serologischen Ausdruck findet. Erst im Anschluß an eine fortgesetzte Behandlung tritt bei dem Kranken eine wesentliche klinische Besserung ein. Selbstverständlich wird er weiter beobachtet werden und bei dem Ausbleiben einer weiteren Liquorbesserung eine Malariabehandlung, die bei dem heutigen Kräftezustand unbedenklich erscheint, unterzogen werden.

Fall 9. K. M., Gastwirt, geb. 23. 7. 78.

In der Klinik seit 17. 7. 36. Kommt von selbst zur Aufnahme, da es ihm vom Arzt geraten sei. Eine objektive Anamnese ist nicht zu erhalten.

Bei der Aufnahme bietet Pat. ein überwiegend manisches Zustandsbild. Er ist geschwätzig, euphorisch, lacht, benimmt sich distanz- und schamlos, erklärt, er fühle sich völlig wohl, das Denken sei normal, die Stimmung sei »ganz groß«. Lediglich eine Merkschwäche mittleren Grades und eine gewisse behagliche Indolenz verraten die organische Störung.

Somatisch: Pykniker, sehr fett, leicht cyanotisch. Klappende 2. Herztöne. Blutdruck 160/60 mm. Unausgiebige Lichtreaktion der Pupillen. Dysarthrie bei Testworten.

Serologischer Befund: 18. 7. 36. Blut Wa.R. ++++ Kahn R. +++. 18. 7. 36.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa. R.	Goldsol	Ma.
225/3	4	4	4	++++0,1	*2*455555543210	1a1a1b3b4b5b5b5b4b3b2b

Verlauf: Vom 22. 7. — 1. 8. 36 11 intravenöse Injektionen von Nucleotrat + 12 × 2 ccm Präparat D. keine Temperaturreaktionen, keine Blutbildveränderung.

3. 8. 36. 2. Punktion: Leichte Besserung der Colloidkurve, sonst unveränderter Liquor.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
237/3	4	4	4	++++0,1	*123*4455554310	1a1a1a3b4b5b5b5b4a3a1b1a

4. 8.—3. 9. 36. 28 Injektionen Pyrifer von 10—50 Einheiten steigend und 12 × 2 ccm Präparate D. Reaktion unregelmäßig, viermal bis 39°, sonst unter 37,5°, oft unter 37.

Digitized by Google

3. Punktion: Starke Abnahme der Zellen. Geringe der Globulinreaktionen.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
31/3	4	4	3	++++	0,1 *12355555543210*	1a1a2b5b5b5b4b3b2b1b1a

5. 9.—1. 10. 36. 25 Injektionen Pyrifer + 12 × 2 ccm Präparat D. Da Pat. zunächst garnicht auf 80—100 Einheiten reagiert, wird bis auf 500 Einheiten gesteigert, worauf Reaktionen bis 38,5°, einmal bis 39,5° eintreten. Bei der hohen Temperatur ist der Zustand ziemlich bedrohlich, 38,5° scheint äußerst erträgliche Temperaturgrenze zu sein. Psychisch unverändert, stumpf euphorisch, manchmal gereizt.

1. 10. 36. 4. Punktion: Weichbrodt deutlich abgeschwächt, ebenso Colloidkurven. Starker Rückgang der Zellzahl. Psychisch noch unverändert, zeitweilig plötzliche Erregung von fast rein manischem Charakter. Hin und wieder mehr expansive Größenideen.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
38/3	4	4	1	++++	0,1 *2334455543210*	1a1b2b4b5b5b5b3b2b1b1a

1. 11. 36. Behandlung wird fortgesetzt. In den letzten 14 Tagen ist eine psychische Besserung eingetreten. Pat. ist morgens meist ruhiger und geordnet, um nachmittags häufig manisch erregt zu werden.

21. 10. 36.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
15/3	4	4	3	++++	0,1 *145555543210*	1a1a2b4b5b5b5b5b4b3b2b1b1a

Auch bei diesem Kranken waren wir wegen des schlechten körperlichen Zustandes gezwungen, trotz anfänglich ausbleibender Beeinflussung des Liquors die Behandlung fortzusetzen. Auch hier scheint sich nach 60 Injektionen eine allgemeine Besserung des Liquors anzubahnen. Die psychische Remissionstendenz deutet sich in den letzten Wochen ebenfalls an.

Bei den nun folgenden Fällen glaubten wir eine Fortsetzung der Behandlung nicht verantworten zu können, da trotz z. T. langer Behandlung eine ausreichende Besserungstendenz weder aus dem psychischen Zustand noch aus dem Liquorbefund erkennbar war.

Fall 10. He. M., Gastwirt, geb. 18. 9. 1889.

In der Klinik seit dem 4. 5. 36. Infektion wahrscheinlich 1909. 1930 und 1933 je ein »Schwächeanfall«. 1935 häufiges Auftreten von ohnmachtsähnlichen Zuständen. Seit Ende 1935 zerstreut, starrte vor sich hin. Im März 1936 starke Verschlimmerung, zunehmend vergeßlich, ungeschickt, die Sprache wurde undeutlich, auffälliger Appetit.

Bei der Aufnahme war Pat. ruhig und geordnet. Bei der Exploration zeigte sich eine deutliche Merkschwäche, es fiel die Monotonie, Langsamkeit und Dysarthrie der Sprache, der leere Gesichtsausdruck, vor allem aber die plumpe und ungeschickte Motorik auf.

Somatisch: Pykniker, Fett, gerötetes Gesicht. Aortitis, Aorteninsuffizienz. Träge Lichtreaktion der entrundeten Pupillen. Flatternder Tremor der Gesichts- und Zungenmuskulytur.

Serologischer Befunde: 5. 5. 36. Blut Wa.R. ++++ MTR ++.

Digitized by Google

5. 5. 36.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
55/3	4	4	4	++++0,2	0*1*2234443210	1a1a1b3b4b4b4b4b3a2a1a

Verlauf: 12. 5. 36. Beginn mit intravenöser Nucleotratinjektion von 2 ccm, Temperatur zwischen 37,5 und 38°.

10. 6. 36. 23 Nucleotratinjektionen + 6 gr Neosalvarsan und 12 ccm Bismogenol

15. 6. 36. 2. Punktion: Mäßiger Zellrückgang, Weichbrodt deutlich abgeschwächt. Psychisch: Zunehmend umständlicher, langsamer und breiter, ißt unendlich viel.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma
27/3	4	4	1	++++0,2	*1*2234443210	1a1a2a3b5b5b5b3a2b1a

17. 6. 36. Angina follicularis. 3 Tage lang mäßiges Fieber, nicht über 39°. Im Fieberanstieg wird Pat. verwirrt, nachts unruhig, sucht unter seinem Bett, läuft oft im Saal herum. Subdelirantes Zustandsbild.

23. 6. 36. Neue Nucleotratbehandlung.

25. 6. 36. Trotzdem Pat. seit 5 Tagen entfiebert ist, ist er zunehmend delirant, redet vor sich hin, läuft aus dem Bett, spricht mit seinem Herrgott, liegt verklärt lächelnd mit gefalteten Händen im Bett, zeitweise katatone Haltungen, flüstert vor sich hin.

27. 6. 36. 3. Punktion: Zellen und Globulin zurückgegangen.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
13/3	4	3	2	++++0,2	*1*23443210	1a1a2b3b5a4a3a2a1a

30. 6. 36. War fast andauernd delirant verwirrt. Heute ein epileptiformer Anfall.

6. 7. 36. 4. Punktion: Zellen weiter zurückgegangen. Globulinreaktion deutlich verschlechtert.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
5/3	4	4	2	++++0,2	*1*23443323210	1a1b3b4b4b4a 2b2a1b1a

14. 7. 36. Nucleotrat nach 14 Injektionen abgesetzt. Hat nur subfebrile Temperatur gehabt. Die delirante Erregung ist etwas abgeklungen. Pat. ist aber immer noch zeitweise verwirrt, lächelt und flüstert vor sich hin.

27. 7.—29. 8. 36. 32 Pyriferinjektionen von 25—125 Einheiten steigend.

31. 7. 36. 5. Punktion: starker Rückgang der Wa.R. und der Globulinreaktion. Leichte Zellzunahme.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
20/3	4	3	2	++0,4	0*1*2355543210	1a1a2b3b5a5a4a3a2a1b1a

31. 8. 36. 6. Punktion: Wa.R. verschlechtert. Globulin vermehrt, Zellen normal. Wegen des dauernd schwankenden Befundes wird die Behandlung abgebrochen.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
10/3	4	4	3	++++0,2	*1*2233444443210	1a1a1b3b4a5a5a4a3a2a1a

Es handelt sich um eine Paralyse, deren Beginn schon Jahre vor der Aufnahme zurückliegt. Interessant ist, daß eine geringfügige Infektionskrankheit ein lang anhaltendes delirantes Zustandsbild im Gefolge gehabt hat. Ein Einfluß der Behandlung auf den Liquor ist wohl nicht zu verkennen, ebenso läßt die am Ende der Behandlung

Digitized by Google

stark positive Kutanreaktion auf Tuberculin auf einen günstigen Stand der Abwehrkräfte des Organismus schließen. Von einer völligen Wirkungslosigkeit der über 60 Injektionen kann man also wohl nicht sprechen.

Fall 11. Sch., R., Arbeiter, geb. 8. 8. 1900.

Vom 10. 6.—9. 9. 36 in der Klinik. Infektion 1924. Einige Wochen lang behandelt. Seit Mai 1936 Kopfschmerzen. Ermüdbarkeit, Augenflimmern, deutliche Merkschwäche.

Am 8. 6. 36 Aufnahme ins Krankenhaus, von dort wegen plötzlich auftretender Unruhe in die Klinik verlegt.

Bei der Aufnahme delirante Unruhe, desorientiert, kaum ansprechbar, wühlt mit zitternden Händen im Bett herum, läßt Kot und Urin unter sich. Nachts ausgesprochenes Beschäftigungsdelir.

Somatisch: muskulös, gut genährt, kleiner Puls, Spur Cyanose. Pupillen mittel, rund, träge und unausgiebige Lichtreaktion. Flattern der Gesichtsmuskulatur, der Zunge und der Hände. Gordon und Rossolimo R. > Li. Grobe Dysarthrie.

Serologischer Befund: 11. 6. 36. Blut Wa.R. ++++ MTR ++.

11. 6. 36.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
59/3	4	4	4	++++	0,1 *123*5555543210	1a1a1b4a4b5a5a5a5a3b2b1a

12. 6. 36. Verlauf: Tagsüber klar, läßt sich explorieren, redet bei der Intelligenzprüfung drauflos, leicht euphorisch.

19. 6. 36. Nucleotrat 1—4 ccm steigend i. v. 11 Injektionen. Temperatur nur 4 × über 37°.

2. 7. 36. 2. Punktion: Geringer Rückgang der Goldsolkurve. Psychisch gleichbleibendes Bild. Indolent, plump, euphorisch, Größenideen. Für kurze Zeit delirant, dann unruhig, schimpfend.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
63/3	4	4	4	++++	0,1 *123*34554321O	1a1a1a3a5b5b5b4b3b2a1b1a

15. 7. 36. 11 weitere Injektionen von 5 ccm Nucleotrat. Reaktion sehr gering. 3. Punktion: Liquor nicht wesentlich verändert.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
49/3	4	4	4	++++	0,1 *012*3455543210	1a1a1a3b5b5b5b5b4a2b1b1a

29. 7. 36. 6 weitere Nucleotratinjektionen und 7 × 2 ccm Präparat D. Da der psychische Zustand sich nicht geändert hat und der Liquor bei der 4. Punktion nach über 6 wöchentlicher Behandlung mit 28 Injektionen nur eine mäßige Besserung der Colloidkurven erkennen läßt, wird Pat. mit Malaria geimpft.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
43/3	4	4	4	++++	0,1 *0123*3554321O	1a1a1a3b4b5b5b4a3b2b1b1a

12. 8. 36. Malaria nach 9 Zacken abgesetzt. War während des Fiebers meist schwer delirant.

5. Punktion: Zellrückgang, Colloidreaktionen wieder deutlich verschlechtert.

23. 8. 36. Schon jetzt ruhiger, nicht mehr delirant.

Digitized by Google

9. 9. 36. Bei der Entlassung noch deutliche Merkschwäche, leichte Euphorie, motorische Ungeschicklichkeit, aber im Ganzen deutlich gebessert, geordneter, besonnen, Tremor verschwunden.

Nachdem 28 Nucleotratinjektionen keinerlei Beeinflussung des Liquors und des psychischen Zustandes herbeigeführt hatten, brachte eine Malariakur bei dem Patienten eine rasch einsetzende psychische Besserung und einen rapiden Zellsturz im Liquor zuwege. Die übrigen Liquorreaktionen waren kurz nach der Malariakur noch nicht beeinflußt.

Fall 12. P., K., Angestellter, geb. am 9. 12. 1903.

In der Klinik vom 2. 3. 36—2. 5. 1936. 1923 wurde gelegentlich eines Lazarettaufenthaltes eine Lues entdeckt. 12 Salvarsaninjektionen, 1924, 26 und 28 je eine weitere Kur. Wa.R. nie negativ. 1930: 22 Injektionen Myosalvarsan, 1935 schwerer Ohnmachtsanfall mit stundenlanger Bewußtlosigkeit. Pyriferkur im Krankenhaus (12 Zacken), danach Wohlbefinden bis Februar 1936. Seither Sprachverschlechterung, Vergeßlichkeit.

Bei der Aufnahme deutliche paralytische Wesensveränderung, langsam, umständlich, ungeniert, akzentloses Wesen, leichte Euphorie. Formale Intelligenz leidlich. Geringe Merkfähigkeitsstörung.

Somatisch: athletischer Habitus, kräftig, muskulös, träge und unausgiebige Lichtreaktion der Pupillen. Deutliche Dysarthrie. Im Blutbild starke Linksverschiebung (15% Stabkernige).

Serologischer Befund: 24. 6. 36. Blut Wa. R. ++++ MTR ++. 24. 2. 36.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
81/3	4	4	4	++++0,1	5555555554210	

6. 18. 3. 36. Verlauf: 13 Pyriferinjektionen, subfebrile Temperaturen bis 37,8°. Auffällige Reaktion des Blutbildes. Beispielsweise 11,700 Leucocyten, 1% Eosinophile, 37% Stabkernige, 28% Segmetkernige, 32% Lymphocyten, 2% Monocyten.

19. 3. 36. 2. Punktion: Keinerlei Änderung des Liquors. Deshalb sofortige Malariaimpfung.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
88/3	4	4	4	+++0,1	5555555543210	

24. 3.—1. 4. 36. 9 Fieberzacken. Während des Malariafiebers deutliche psychische Verschlechterung. Pat. ist zeitweilig dämmrig, verwirrt, berichtet von Bildern, die er vor den Augen sehe, Landschaften die sich veränderten, ist auffällig euphorisch. Tremor verstärkt.

6. 4. 36. 3. Punktion: Zellrückgang, leichte Besserung der Goldsolkurve.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol	Ma.
25/3	.	.	.	++++0,1	2555544321O 1a1a1a3b4b5b5b5b4b3b2a1b1a	

7. 4. 36. Spezifische Nachbehandlung begonnen. Erhält 6 gr Neo-Salvarsan und 12 ccm Bismogenol.

2. 5. 36. Bei der Entlassung äußerlich geordnet, leicht euphorisch, dabei reizbar, mißtrauisch, entschieden abgesunken gegenüber dem Aufnahmebefund.

Digitized by Google

28. 5. 38. Ambulante Kontrollpunktion. Zellzahl normalisiert. Colloidreaktion verschlechtert, im übrigen unverändert stark paralytischer Befund.

Zellen	Pa.	No.	Wei.	Wa.R.	Goldsol
9/3	4	4	4	++++	0,1 1555555543210

Ma.
1a1a1b3b5b5b5b5b4b3b2b1b1a

7. 9. 36. Pat. muß wegen zunehmender Demenz, Unruhe, Vergeßlichkeit und wegen des Auftretens paranoider Ideen wieder in die Klinik gebracht werden.

Daß bei diesem Patienten eine besondere Abwehrschwäche gegenüber der luetischen Infektion vorliegen muß, geht schon aus der Erfolglosigkeit der vielen rechtzeitig und gründlich durchgeführten spezifischen Kuren hervor. Trotz des guten äußerlichen Allgemeinzustandes deutet die starke Kernverschiebung der Neutrophilen schon vor Einleitung der Behandlung auf eine ungünstige Körperverfassung hin. Während die allerdings nur sehr kurz dauernde Behandlung mit subfebriler Temperatur keinerlei Einfluß auf den Liquor ausübte, hat die Malariakur auch nur den typischen Zellsturz im Gefolge gehabt. Die psychische Verschlechterung ließ eine unveränderte Progredienz des Prozesses erkennen.

Aus den mitgeteilten Beobachtungen geht hervor, daß auch die mit leichtfieberhaften oder subfebrilen Temperaturen und entsprechend geringen Veränderungen des Blutbildes und des Allgemeinbefindens einhergehenden Reaktionen des Körpers auf unspezifische Reize einen deutlichen therapeutischen Einfluß auf die Paralyse haben können. Die von *Dattner* zitierte Beobachtung *Straßmanns*, der zufolge ein monatelang bestehender Zustand von Subfebrilität eine Paralyse nicht besserte, ist somit hinsichtlich der therapeutisch erzeugten Subfebrilität nicht zu verallgemeinern.

Natürlich können wir die Frage nach dem Ausmaß der auf dem dargestellten Wege erreichbaren Besserungen nicht beantworten. Dazu ist die Zahl der Fälle zu gering und die Beobachtungsdauer zu kurz. Um uns eine gewisse Orientierung über Ablauf und Ausmaß der Liquorbesserung zu verschaffen, haben wir die durch monatliche Punktion erfaßten Liquorveränderungen unserer Kranken mit einer Anzahl beliebiger Paralytiker verglichen, die während der ersten Monate nach der Malariabehandlung zu verschiedenen Zeiten punktiert wurden. Wie aus der abgebildeten Tabelle hervorgeht, zeigt es sich, daß bei unseren Kranken die sturzartige Abnahme der Liquorzellen nach der Malariakur häufig nicht eintritt. Die Zellzahl nimmt bei ihnen ebenso wie die anderen Liquorreaktionen oft nur langsam, aber ziemlich stetig ab. Bei den wenigen Fällen jenseits des 4. Monats nach Beginn der Therapie, die wir mit Malariabehandelten vergleichen

Digitized by Google

konnten, sehen wir, daß die Liquorbefunde der beiden Reihen sich immer ähnlicher werden. Den durchschnittlich stärkeren Rückgang der Wa.R. bei unseren Kranken bewerten wir selbstverständlich als zufällig. Über die Rezidivfestigkeit der von uns behandelten Kranken können wir noch nichts aussagen. Immerhin fällt auf, daß in den Fällen Reich. Kraus. und Tö. die Besserung auch nach Aussetzen der Behandlung weitere Fortschritte, bei zweien sogar bis zum völligen Negativwerden der Wa.R., gemacht hat, also daß eine die Behandlung überdauernde Besserungstendenz vorhanden ist.

Deutlich zeigen unsere Krankengeschichten, daß die zur Erzielung einer wesentlich therapeutischen Wirkung erforderlichen Mengen an unspezifischer Behandlung sehr verschieden sein können. Zur Lösung der Frage nach den individuellen Faktoren, die die Unterschiede in der Ansprechbarkeit auf die unspezifische Behandlung bedingen, können wir auf Grund unserer Beobachtungen noch wenig beitragen. Wir können nur feststellen, daß äußerlich erkennbare Umstände, etwa Lebensalter, allgemeine Körperverfassung, nicht in Betracht kommen können. Unter unseren günstig reagierenden Kranken fanden sich senile und körperlich weitgehend heruntergekommene, ebenso pastös aufgeschwemmte Typen. Die Dauer der manifesten Krankheitserscheinungen war bei denen, die auf die Behandlung schlecht oder gar nicht ansprechen, nicht verschieden von der Krankheitsdauer der gut und rasch beeinflußten. Vielleicht ist es nicht zufällig, daß eine Anzahl der günstig Beeinflußten in ihrem psychischen Zustandsbild Beziehungen zur manischen oder echt depressiven Symtomatik hatten. Nach allem, was wir wissen, scheinen ja die guten Behandlungsaussichten der manisch-depressiv gefärbten Paralysen nicht nur auf die Remissionstendenz der zirkulären psychischen Erscheinungen, sondern auch auf einer starken Tendenz zur somatischen Ausheilung des Prozesses zu beruhen.

Jedenfalls aber glauben wir, unseren Beobachtungen Anhaltspunkte dafür entnehmen zu können, daß die individuelle Verschiedenheit der zur Beeinflussung des Prozesses notwendigen Menge an unspezifischer Behandlung nicht nur in der Intensität der erforderlichen Einzelreaktionen, sondern auch in deren Anzahl zum Ausdruck kommen kann. Wir konnten in einzelnen Fällen mit einer sehr geringen Anzahl schwacher Einzelreaktionen sehr deutliche Besserungen erzielen. In den meisten Fällen aber mußte die Zahl der schwachen Reaktionen um ein vielfaches höher sein als die sonst übliche Zahl der Fieberstöße. In den Fällen, bei denen wir gezwungen waren, die Therapie trotz anfangs wenig deutlicher Remissionstendenz weiterzuführen, zeigte es sich, daß eine sehr große Zahl von schwachen Reizen doch genügte, um zum mindesten die Wirkung allmählich hervorzurufen, die die Malaria in kürzerer Zeit zustande bringt. Es scheint also nach unseren Erfahrungen so, als ob sich

Digitized by Google

Menge und Intensität der Einzelreize bis zu einem gewissen Grade vertreten, daß sich die Reize gewissermaßen in ihrer Wirkung addieren können.

Für diese Annahme lassen sich auch in den bisherigen Erfahrungen der Paralysetherapie gewisse Stützen finden: Wir wissen, daß da, wo die intensiveren unspezifischen Einwirkungen in der üblichen Anzahl nur ungenügenden Erfolg haben, eine Steigerung der Anzahl der Fieberstöße doch noch eine gute Beeinflussung der Krankheit erreicht. Die zweite Malariakur, die man bei den psychisch gut, serologisch schlecht remittierten Fällen ursprünglich nach 2jährigem, jetzt möglichst nach ½jährigem Intervall durchführt, zeigt deutlich, daß auch der hochfieberhaften Reaktion eine additive Heilwirkung zukommt. Diese additive Wirkung kann bekanntlich nicht nur durch eine Wiederholung der Infektionsbehandlung, sondern durch jede der Malaria folgende spezifische Kur erreicht werden. Wir erinnern an die von *Horn* [59]) und *Kauders* sogenannte interkurrente Behandlung der serologisch schlecht remittierenden Paralytiker. Hier sind neben einer Kombination von Rekurrens und Malaria vor allem Typhusvakzine, Tuberkulin, Staphylococcen und Streptococcenvakzine, oft in mehreren Serien hintereinander, verwendet worden. Die Übersichten über den serologischen Verlauf solcher Fälle, die *Horn* und *Kauders* und u. a. auch *Dattner* veröffentlichen, zeigen deutlich, daß durch entsprechende Steigerung der Anzahl der fieberhaften Reaktionen Erfolge zu erzielen sind, die der Malariatherapie in der üblichen Dosierung versagt bleiben. *Dattner* schreibt auch die gute Beeinflussung des Liquors in den Fällen von *Mandel* [60]) und *Sperling*, die nach einer Malariakur eine Pyriferbehandlung durchgemacht hatten, einer additiven Wirkung beider Kuren zu.

Wir wir oben ausführten, ist auch die Zahl der Fieberstöße bei den nichtinfektiösen Fieberkurven von den meisten Autoren etwas höher gewählt worden als die übliche Zahl der Malariazacken beträgt. Hierin und in der Tendenz, die nichtinfektiösen Kuren in kurzen Zeitabständen zu wiederholen, scheint die allerdings meist unausgesprochene Erfahrung zum Ausdruck zu kommen, daß die nichtinfektiösen Kuren doch eine größere Zahl von Fieberstößen benötigen, um eine malariaähnliche Wirkung zu erzielen. Schon die *Dattner*sche Neuroluestherapie läßt erkennen, daß die wirksame Zahl der Injektionen dabei ziemlich hoch sein muß. *Dattner* betont eindringlich, daß seine Tabespatienten zur Liquorsanierung die vollständige Kur brauchten und daß eine geringe Anzahl Injektionen viel schlechtere Erfolge hatte.

Wenn als Ergebnis aus unseren bisherigen Untersuchungen hervorzugehen scheint, daß es gelingt, mit sehr geringen Einzeldosen

---

[59]) Jahrbch. Psych. 48, S. 262.

[60]) Kli. Wo. 1929, S. 164.

Digitized by Google

verschiedener unspezifischer Mittel Paralysen deutlich zu beeinflussen und daß die Auswirkung dieser Behandlung im Liquor wenigstens in den ersten Monaten sich nicht wesentlich vom Ablauf der Liquorveränderungen nach Malariakur unterscheidet, so glauben wir uns berechtigt, eine Behandlung mit schwachen Einzeldosen zum mindesten für Kranke zu empfehlen, denen man eine Fieberkur nicht zumuten will. Bei vielen Kranken scheint ja trotz schlechten Allgemeinzustandes die Herbeiführung einer Remission durchaus wünschenswert. Wesentlicher aber scheint es uns, daß unsere Beobachtungen einen Hinweis darauf geben, daß die Steigerung der Zahl der Einzelreaktionen eine Möglichkeit ergibt, auch schwache und bisher als therapeutisch unwirksam angesehene Reaktionen wirksam zu machen, daß also neben der Suche nach neuen Wegen der Paralysebehandlung eine systematische Erforschung der optimalen Dosierung hinsichtlich Stärke und Menge der Einzelreaktion eine Verbesserung unserer therapeutischen Möglichkeiten verspricht.

Auf welchem Wege wir das von uns gefundene Prinzip der weitgehenden additiven Wirkung der Einzelreaktionen bei der unspezifischen Therapie weiterhin für die Methodik der Paralysebehandlung nutzbar zu machen versucht haben, sei am Schluß der Arbeit kurz erwähnt.

Wir sind jetzt dazu übergegangen, eine Reihe von Kranken mit größeren Serien von mittelhohen, durch Pyrifer hervorgerufenen Fieberreaktionen zu behandeln. Auf die Ergebnisse unserer Untersuchungen soll in einer späteren Arbeit ausführlich eingegangen werden. Hier sei nur kurz angedeutet, daß es mit einer Serie von etwa 30 möglichst pausenlos aufeinanderfolgenden Fieberzacken gelingt, genau dieselben Zustandsbilder zu erzeugen, wie man sie am Ende einer Malariakur sieht. Es tritt u. a. eine deutliche Anaemie und gelegentlich auch ein Ikterus auf. Dabei hat man aber die bekannten Vorteile der nichtinfektiösen Kuren; man kann die Behandlung jederzeit unterbrechen und wieder beginnen und man vermeidet die allzu starken Reaktionen mit der akuten Lebensgefahr und der Neigung zu deliranten Zuständen. Über die Wirksamkeit dieses Vorgehens sei hier nur soviel gesagt, daß wir bei dem vorhin erwähnten Patienten He. in wenigen Monaten einen weitgehenden Rückgang aller Liquorreaktionen bis zum Negativwerden der Wa.R. erzielten und daß jetzt selbst bei dem malariarefraktären Patienten Poh. [Fall 12] eine konsequente Weiterführung der Fieberbehandlung endlich zur Abschwächung der Globulin- und Colloidreaktionen und der Wa.R., sowie zu einer deutlichen klinischen Besserung, geführt hat.

Digitized by Google

DR. EMIL MATTIESEN

DAS PERSÖNLICHE ÜBERLEBEN DES TODES

Eine Darstellung der Erfahrungsbeweise

1936. Oktav. 2 Bände. Gesamtumfang XL, 894 Seiten. Preis jeder Band broschiert RM 8.50, in Leinen geb. RM 9.80

Die Bände werden einzeln abgegeben

Aus den zahlreichen Urteilen:

„. . . Wir Deutschen können aber darauf stolz sein, daß wir auf diesem Gebiet einen wirklichen Führer besitzen, mit dem sich an Sachkenntnis, wissenschaftlicher Gründlichkeit und Schärfe des Urteils kein Ausländer messen kann, wenn auch das Ausland hervorragende Parapsychologen, wie Bozzano und Sir Oliver Lodge besitzt . . . Aus genauester Kenntnis des Werkes heraus kann ich es besinnlichen Lesern nur dringend empfehlen. Es weist der Erkenntnis neue Wege und auch hier zeigt es sich, daß wir mit zahllosen unsichtbaren Fäden mit denen zusammenhängen, die vor uns waren —." Sudetendeutsche Akademiker-Zeitung 16/1937.

„. . . ein zweibändiges Werk, das eine wahre „Summe" des wissenschaftlichen Spiritismus darstellt. Der Verfasser hat sich schon vor zwölf Jahren mit seinem „Jenseitigen Menschen" einem Werk, das wir damals an dieser Stelle lobend besprochen haben, als ungemein kenntnisreicher und ideenvoller Theoretiker erwiesen. Wir zweifeln nicht daran, daß auch sein neues Werk zu einem Standardwerk der parapsychologischen Literatur werden wird . . . Wer sich einen Begriff vom gegenwärtigen Stand der parapsychologischen Forschung machen will, dem sei das Buch, das dank seiner sprachlichen Gestaltung jedem Gebildeten zugänglich ist, bestens empfohlen. Auch wer auf Grund einer „streng wissenschaftlichen Einstellung" von den „Geistersehern" nichts hält, wird daraus wenigstens erkennen, daß es unter diesen Ketzern Leute von einer Denkschärfe gibt, die man ihren erklärten Gegnern nicht immer nachrühmen kann . . ."

Bund (Bern) 9. 12. 1937

In allen Buchhandlungen erhältlich. Verlangen Sie unseren ausführlichen Prospekt!

WALTER DE GRUYTER & CO., BERLIN W 35

Digitized by Google

Soeben erschien:

JOHANNES BÜHLER

DEUTSCHE GESCHICHTE

3. Band:

DAS REFORMATIONSZEITALTER

Gr.-Oktav. Rund 500 S. Mit 16 Tafeln. Geb. RM 8.20

Früher sind erschienen:

1. Band:

Urzeit, Bauerntum und Aristokratie bis um 1100. Gr.-Oktav. VII, 413 Seiten. Mit 16 Tafeln und 4 Karten. 1934. Geb. RM 7.20

2. Band:

Fürsten, Ritterschaft und Bürgertum von 1100 bis 1500. Gr.-Oktav. IX, 440 Seiten. Mit 8 Tafeln. 1935. Geb. RM 7.20

Aus Urteilen:

„Die beste deutsche Geschichte unserer Zeit..." *Nürnberger Zeitung v. 4. I. 36.*

„Johannes Bühler hat uns in seiner „Deutschen Geschichte" ein Werk gegeben, das wahren Nationalsozialismus atmet. Vereinigt es doch politische Subjektivität, d. h. den Willen, das deutsche Volk Kraft, Freude und Stolz aus seiner Geschichte schöpfen zu lassen, mit der unbedingt notwendigen wissenschaftlichen Objektivität ... Aber es ist nicht etwa rein wissenschaftliche Behandlung der Geschichte, die uns hier geboten wird, sondern künstlerisch geschaut wird uns die Vergangenheit unseres Volkes vorgeführt. ... Das Buch sei jeder Ortsbücherei zur Erwerbung empfohlen ...
Bücherwart Nov. 1934.

Durch jede Buchhandlung zu beziehen!

Walter de Gruyter & Co., Berlin W 35

Anzeigenpreise nach Tarif 3. — Verantwortlich für den Anzeigenteil: Kurt Dittrich, Berlin. I. v. M. 5.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 06221 2454

Digitized by Google